



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# LÄKANDE BEMÖTANDE

Om hur professionellas bemötande kan främja eller hindra en återhämtningsprocess

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatnivå

Termin

HT 2021

Författare

Viveqa Rosengren

Handledare

Lena Andersson

# Abstract

Titel: Läkande bemötande – om hur professionellas bemötande kan främja eller hindra en återhämtningsprocess

Författare: Viveqa Rosengren

Syftet med studien var att undersöka hur människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa upplevt att de blivit påverkade av professionellas bemötande och att särskilt undersöka vad i bemötandet som kan ha haft en befrämjande eller hindrande effekt på deras återhämtningsprocess. Datainsamlingsmetoden var semistrukturerade intervjuer med sex informanter. Urvalet av informanter gjordes genom att först kontakta frivilligorganisationer för människor med långvarig psykisk ohälsa och därefter bland organisationernas medlemmar söka informanter som när intervjuerna gjordes definierade sig som återhämtade, inte hade vårdats ineliggande det senaste året, var mellan 20 och 64 år och hade minst två års erfarenhet av psykisk ohälsa.

Metoden för dataanalys var en tematisk analys där ett teoretiskt ramverk som innehöll de mikrosociologiska begreppen *interaktionsritual*, *läkande relationer*, *den skyddande makten*, *den förtryckande makten*, *mikroaggressioner* och *mikroaffirmationer* användes. Uppsatsens resultat visade att professionellas bemötande har haft betydelse för informanternas återhämtningsprocess framförallt genom att påverka deras självkänsla positivt eller negativt. Hur självkänslan påverkas berodde främst på hur makt kommer till uttryck i bemötandet. Informanternas självkänsla påverkade sedan deras känsla av hopp och förmåga till att agera i sin egen återhämtningsprocess.

*Nyckelord:* Återhämtning, långvarig psykisk ohälsa, bemötande, professionalitet

# Förkortningar

FN: Förenta nationerna. En mellanstatlig organisation för internationell samverkan.

NSPHiG: Nationell samverkan för psykisk hälsa i Göteborg. Ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigföreningar inom det psykiatriska området.

SKR: Sveriges kommuner och regioner. En arbetsgivar- och medlemsorganisation för Sveriges kommuner och regioner.

SOU: Statens offentliga utredningar. En rapport som samlar utredningen inför ett lagförslag.

SMI: Severe mental illness. Allvarlig psykisk ohälsa.

SMPI: Severe and persistent mental illness. Allvarlig och långvarig psykisk ohälsa.

WHO: World health organization. Världshälsoorganisationen. Ett av FNs fackorgan.

# Innehållsförteckning

Abstract	s.2
Förkortningar	s.3
Innehållsförteckning	s.4
Förord	s.6
<b>1. Inledning</b>	s.7
1.1 Bakgrund och centrala begrepp	s.7
1.1.1 Psykisk ohälsa	s.7
1.1.2 Aktuella globala/nationella strategier för psykisk hälsa	s.7
1.1.3 Återhämningsparadigmet och begreppet återhämtning	s.8
1.1.4 Långvarig/allvarlig psykisk ohälsa	s.10
1.1.5 Bemötande	s.10
1.1.6 Begreppet professionella	s.11
1.2 Studiens relevans för socialt arbete	s.11
1.3 Problemformulering	s.11
1.4 Syfte	s.12
1.5 Frågeställningar	s.12
1.6 Avgränsning	s.13
<b>2. Tidigare forskning</b>	s.13
2.1 Sökprocessen	s.13
2.2 Genomgång tidigare forskning	s.14
2.3 Sammanfattning	s.18
<b>3. Metod och metodologiska överväganden</b>	s.19
3.1 Arbetsfördelning	s.19
3.2 Övergripande forskningsstrategi	s.19
3.3 Val av datainsamlingsmetod	s.20
3.4 Urvalsprocess	s.21
3.4.1 Metodval	s.21
3.4.2 Genomförande av kontexturval	s.22
3.4.3 Genomförande av deltagarurval	s.23

3.5 Genomförande av intervjustudien	s.24
3.5.1 Presentation av intervjudeltagarna	s.25
3.6 Bearbetning av empirin	s.26
3.7 Analysmetod	s.27
3.7.1 Val av material för analys	s.27
3.7.2 Val av analysmetod	s.27
3.7.3 Genomförande av analys	s.28
3.8 Studiens tillförlitlighet	s.29
3.9 Forskningsetiska överväganden	s.30
<b>4. Teoretiskt ramverk</b>	s.34
<b>5. Resultat och analys</b>	s.39
5.1 Att kunna bestämma själv	s.40
5.2 Att visa hänsyn till situationen	s.42
5.3 Att bli sedd	s.45
5.4 Att bli lyssnad på	s.48
5.5 Att få information	s.51
5.6 Att göra tillsammans	s.53
5.7 Att mötas som människor och ge hopp	s.54
<b>6. Slutsatser och avslutande diskussion</b>	s.57
<b>Referenser</b>	s.61
<b>Bilagor</b>	
1 Informationsblad till organisationer	s.66
2 Informationsdokument till respondenter	s.68
3 Intervjuguide	s.72

# Förord

Jag vill först och främst säga tack! till de sex informanter som delade med sig av sin tid och sina livserfarenheter och gjorde denna uppsats möjlig. Jag vill även tacka medstudenten Caroline Johansson och handledaren Ann-Charlotte Timander. Tillsammans påbörjade vi 2015 arbetet med en uppsats. Caroline Johansson och Ann-Charlotte Timander deltog i planerandet av uppsatsen och tillsammans med Caroline Johansson genomfördes intervjuerna. 2021 har jag på egen hand gjort analysen och skrivit uppsatstexten.

Jag vill även tacka min handledare Lena Andersson för värdefulla råd i arbetet med att slutligen skriva klart denna uppsats. Slutligen vill jag tacka min dåvarande chef Eva-Lotte Holmström för att ha beviljat all ledighet som jag behövt för att arbeta med uppsatsen och för att ha varit peppande och stödjande samt tacka alla kollegorna på försörjningsstödsenheten i Sydväst som sköt min tjänst under min frånvaro utan att klaga.

# 1. Inledning

I detta kapitel beskrivs uppsatsens problemformulering, syfte och frågeställningar. För att ge en bakgrund till problemformuleringen börjar kapitlet med en redogörelse för den historiska bakgrunden, den aktuella situationen och begrepp som kommer att vara centrala i uppsatsen

## 1.1 Bakgrund och centrala begrepp

### *1.1.1 Psykisk ohälsa*

Psykisk ohälsa är ett stort och ökande folkhälsoproblem, både nationellt och internationellt. År 2030 beräknas psykisk ohälsa bli den främsta orsaken till den globala sjukdomsbördan. Nationellt mår vi allt sämre psykiskt, samtidigt som utvecklingen går mot att vi blir allt friskare fysiskt (Folkhälsomyndigheten, 2016). År 2020 uppgav sju procent av Sveriges befolkning att de drabbats av en allvarlig psykisk påfrestning och tre procent av befolkningen hade haft suicidtankar (Folkhälsomyndigheten, 2021). Psykisk ohälsa drabbar såväl enskilda individer som deras omgivning, eftersom psykisk hälsa är grundläggande för att kunna fungera som människa och tillsammans med andra människor (WHO, 2018). Den allvarligaste möjliga konsekvensen av psykisk ohälsa är den ökade risken att dö i förtid. Dels på grund av suicid, dels på grund av att andra hälsoproblem som riskerar att inte bli uppmärksammade (WHO, u.å.). Även på samhällsnivå har psykisk ohälsa konsekvenser. Kostnaden för psykisk ohälsa beräknas i Sverige vara 135 miljarder per år (Folkhälso-myndigheten, 2016). Förutom vårdkostnader så kostar inkomstbortfall och sjukförsäkringar. Psykiatriska diagnoser är den vanligaste orsaken till att sjukpenning betalas ut och de diagnoser som innebär längst sjukskrivningstid (Försäkringskassan, 2017). På så sätt drabbas hela samhället av att den psykiska ohälsan ökar och blir långvarig.

### *1.1.2. Aktuella globala/nationella strategier för psykisk hälsa*

Hälsa är en mänsklig rättighet, vilket innebär rätten att få leva under förhållanden som befrämjar hälsa och vid behov få vård (artikel 25 i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna, 1948). WHO:s definition av hälsa tar hänsyn till hela människans livssituation och har psykisk hälsa som en integrerad del. Psykisk hälsa är enligt WHO: ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” An important implication of this definition is that mental health is more than just the absence of mental disorders or disabilities. Mental health is a state of well-being in which

an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community.” (WHO, 2018). Denna uppsats har WHO:s definition av psykisk hälsa. Definitionen är ett samlingsbegrepp där det inte är den medicinska diagnosen som är det viktiga utan välbefinnandet och att aktivt kunna ingå i och bidra till samhällslivet.

WHO klargör även att det är en rättighet att som person med psykisk ohälsa få sina övriga mänskliga rättigheter tillgodosedda. Människor med psykisk ohälsa drabbas ofta av diskriminering och allvarliga kränkningar av sina rättigheter. Förutom att det är vanligt med utebliven vård även i höginkomstländer så handlar det om vård som sker i strid med konventionen om människor med funktionsnedsättnings rättigheter och om att bli förhindrad från att delta i samhällslivet och arbetslivet (WHO, u.å.). WHO:s handlingsplan för mental hälsa 2013-2020 är fortsatt aktuell. Målsättningen är ett samhälle där psykisk hälsa är värderad och skyddad och där den som drabbas av psykisk ohälsa har tillgång till sina mänskliga rättigheter på alla områden inklusive tillgång till högkvalitativ vård och social omsorg som verkar återhämtningsbefrämjande samt kan delta i samhällslivet fritt från stigmatisering och diskriminering (WHO, 2013). Denna uppsats delar WHO:s målsättning.

WHO uppmanar stater att arbeta för vård och rättigheter till de som drabbats av psykisk ohälsa (WHO, 2018). Sverige följer uppmaningen och har sedan 1995 gjort stora nationella satsningar för att förbättra den psykiska hälsan och spenderat 9 miljarder på att utveckla arbetet i kommuner och regioner. 2015 gjorde regeringen en granskning av statens arbete inom området och sjösatte en ny strategi för 2016–2020. Strategin är fortsatt aktuell. Strategin innebär ett sammanhållet samhällsarbete med fokus på förebyggande insatser samt tidiga och tillgängliga insatser (Folkhälsomyndigheten, 2016). Det finns flera faktorer som påverkar den psykiska ohälsan, men enligt Sveriges kommuner och regioner finns ett fortsatt behov av mer kunskap om orsaker till psykisk ohälsa och effektiv behandling av den (Sveriges kommuner och regioner, u.å.).

### *1.1.3. Återhämtningsparadigmet och begreppet återhämtning*

Sedan början på 1800-talet är det biomedicinska paradigmet dominant i västvärlden för hur vi förstår psykisk hälsa. Vi förklarar i termer av sjukdom och behandlar med medicin och sjukhusinläggning. Medikaliseringen genomsyrar hela samhället och vårt tänkande (Beresford, 2004). I det biomedicinska paradigmet barndom byggdes stora mentalsjukhus där



människor kunde leva hela sitt liv. Perioden varade i 150 år, sedan inleddes en av-institutionalisering där institutionerna avvecklades och målsättningen var att människor med psykiatriska diagnoser skulle integreras i samhället och leva som andra. Målsättningen uppnåddes inte och istället åkte människor in och ut från sjukhus och klarar sig i samhället via olika insatser. Flertalet återhämningsforskare menar att skälet till misslyckandet var att det i praktiken krävdes total symtomfrihet för att bli insläppt som fullvärdig samhällsmedborgare, något som för många var omöjligt. Ett alternativ är återhämningsparadigmet, med betydelsen att bli inkluderad på sina egna villkor och få det stöd man behöver (Davidson, Stayner, Nickou, Styron, Rowe & Chinman 2001).

Användningen av begreppet återhämtning har sin historiska bakgrund i brukarrörelsens framväxt under 70-talet och utgör ett motstånd mot det biomedicinska paradigmet och framförallt institutionaliseringen samt föreställningen om allvarlig psykisk ohälsa som kronisk och obotlig (Flygare, 2008). Begreppet började förkomma i policydokument och akademiska texter under 80-talet och blev populärt från och med 90-talets slut. Betydelsen av begreppet kan variera i olika kontexter. En distinktion kan göras mellan *återhämtning från* som syftar på att bli symtomfri och sluta vara patient och *återhämtning i* som syftar på att kunna leva ett bra liv med de symtom man har. *Återhämtning från* befinner sig i en medicinsk diskurs, medan *återhämtning i* handlar om sociala och existentiella faktorer. Ett tredje sättet att definiera begreppet återhämtning på är att se det som något som bör definieras av den återhämtade personen själv. Synsättet hör samman med en emancipatorisk diskurs där det främst är förtryckande normer och socialt utanförskap som behöver bekämpas (Pilgrim, 2008). I den emancipatoriska diskursen finns även en kritik av psykiatri och företrädare menar att medikaliseringen av olika psykiska tillstånd konstruerar psykiska problem som individuella och frikopplade ifrån en social omgivning, vilket är patologiserande (Beresford, 2004). Synsättet sammanfaller med Davidsons et. al.s syn på återhämtning, där det främst är samhället som ska släppa in gruppen.

Återhämningsparadigmet överlag utmärks av en helhetsbild istället för en problembild, vilket innebär att individen ses i sitt sammanhang och att välbefinnande är viktigare än att vara helt symtomfri (Flygare, 2008). En svaghet som kan ses i den emancipatoriska definitionen är att begreppet blir vagt när det är självdefinierat och frågan kan ställas ifall vilken livssituation och vilka symtom som helst kan inkluderas i att vara återhämtad. En definition som innebär självdefiniering men även innehåller konkreta punkter är att återhämtning innebär att skapa ett

meningsfullt liv och en positiv självbild där man kan leva, arbeta och älska i ett samhälle där man bidrar med något meningsfullt (Andresen, Oades, & Caputi, 2003). En annan att återhämtning innebär att återskapa makt över sig själv och sitt liv (Tew, 2004). Uppsatsen kommer att definiera återhämtning som en process där den enskilde återtar makt över sig själv och sitt liv genom att skapa ett meningsfullt liv, en positiv självbild och delaktighet i samhällslivet. Det är en definition där målsättningen fungerar väl tillsammans med WHO:s definition av psykisk hälsa.

#### *1.1.4. Allvarlig/långvarig psykisk ohälsa*

Uppsatsen kommer att fokusera på psykisk ohälsa som haft en omfattande och omvälvande påverkan på en människas livssituation och identitet. Det kan vara för att den psykiska ohälsan varit långvarig och/eller allvarlig. Jag kommer i uppsatsen inte att tala om diagnoser utan omväxlande använda begreppen psykisk ohälsa, långvarig psykisk ohälsa och allvarlig psykisk ohälsa. Skälet till att använda paraplybegrepp är att inom återhämtningsparadigmet är välbefinnande och situation viktigare än exakt diagnos (Flygare, 2008). Samtidigt är återhämtningsforskningen och de brukarrörelser som använder återhämtningsbegreppet av tradition fokuserade på de tyngre psykiatriska diagnoser som i det biomedicinska paradigmet setts som kroniska och som tidigare inneburit institutionalisering. Återhämtningsparadigmet innebär att även dessa diagnoser ses som möjliga att återhämta sig ifrån och standpunkten att institutionalisering bör undvikas till förmån för full inkludering i samhällslivet (Ibid).

De diagnoser som återhämtningsparadigmet är centrerat kring brukar benämnas som SMI/SMPI i engelskspråkig litteratur. Exakt definition av begreppen varierar, men det handlar om svårighetsgraden när det gäller diagnos, funktionsnedsättning och/eller långvarighet. Den vanligast använda definitionen av långvarighet är att tillståndet har pågått i minst två år, den vanligaste definitionen av funktionsnedsättning är en väsentlig nedsättning i förmågan att vara aktiv i minst ett centralt livsområde och när det gäller diagnoser så handlar det traditionellt om schizofreni, psykoser, bipolär sjukdom och svår depression. Även exempelvis anorexia nervosa, personlighetsstörningar och posttraumatiskt stressyndrom kan inkluderas (Zumstein & Riese, 2020).

#### *1.1.5. Bemötande*

Ett gott bemötande är en rättighet i mötet med vården (SOU 2014:821). Trots det har fyra av tio personer med psykisk ohälsa upplevt sig orättvist bemötta av vården (Regeringen, 2018).

Det har lett till att frågan uppmärksammas med ett nygjort utbildningsmaterial till anställda inom vården om att bemöta människor med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2020).

Ett bemötande definieras som ett mer eller mindre aktivt förhållningssätt mot en annan människa. Begreppet innehåller en asymmetri där en part bemöter och den andre blir bemött och ett bemötande beskrivs ofta som gott eller dåligt. I professionella sammanhang är det oftast en del av yrkesrollen att vara den som bemöter (Hydén, 2001). Bemötande kan skiljas ifrån relation. En relation innebär varaktig eller upprepad kontakt samt en samhörighet (Egidius, u.å.). Ett bemötande sker däremot varje gång en professionell möter en klient/patient oavsett om det finns en relation till klienten/patienten eller inte. På så sätt är bemötande i en professionell kontext ett vidare begrepp.

#### *1.1.6. Begreppet professionella*

Med professionella menas i uppsatsen personer som arbetar inom en människovårdande organisation och som en del av sin yrkesutövning möter människor med långvarig/allvarlig psykisk ohälsa. En kontakt med en professionell innehåller alltid en maktasymmetri där den professionellas makt kommer ifrån organisationen och den professionelles kunskap har tolkningsföreträde (Järvinen & Mik-Meyer, 2003) (Järvinen & Mik-Meyer, 2012).

## **1.2 Studiens relevans för socialt arbete**

Studien är relevant för socialt arbete eftersom människor med långvarig psykisk ohälsa är en av de grupper som socialarbetare regelbundet möter inom flera olika yrkesområden. Ökad kunskap om hur ett hjälpsamt bemötande ser ut är till nytta för alla som möter målgruppen, och inte bara de som arbetar direkt behandlande eller inom vården. Ett mer hjälpsamt bemötande ifrån professionella som befrämjar återhämtning kommer att gynna psykisk hälsa och social inkludering för gruppen människor med långvarig psykisk ohälsa.

## **1.3 Problemformulering**

Bakgrundsavsnittet har visat att den psykiska ohälsan ökar i Sverige och att det ger allvarliga konsekvenser på både individ-, grupp- och samhällsnivå. Ökningen sker trots att det görs stora satsningar och att utvecklingen när det gäller den fysiska hälsan går åt motsatt håll. Ett möjligt skäl till att den psykiska ohälsan fortsätter att öka är som SKR tar upp kunskapsbrist. Med mer kunskap kan nya mer effektiva metoder utvecklas. Denna uppsats har målsättningen att

öka mängden kunskap om vad som kan befrämja återhämtning för människor med långvarig psykisk ohälsa.

Människor med långvarig psykisk ohälsa är en grupp som kan ha haft vård- och stödkontakt under åtskilliga år utan att ha nått ett för dem acceptabelt mående eller en acceptabel livssituation. Det gör behovet av metodutveckling extra stort, eftersom det som hitintills används inte har fungerat tillräckligt bra och det mänskliga lidandet är som störst i denna grupp. Förstahandskunskapen finns hos personerna själva som därför kommer att intervjuas.

En kartläggning har visat att en av fyra personer med psykisk ohälsa har upplevt sig orättvist bemött inom vården (Wikman, Wester & Wolpher, 2017). Detta visar att bemötande-problematik är vanligt och ett utvecklingsområde. Kartläggningen resulterade i en utbildningsinsats för vården som påbörjades 2020 (Socialstyrelsen, 2020). Forskning om återhämtning och relationen mellan patient/klient och professionell har tidigare visat att bemötande har betydelse för människor med långvarig psykisk ohälsa oavsett vilken människovårdande organisation som den professionelle som de bemöts av arbetar inom (Ljungberg, Denhov & Topor, 2015). Det visar på vikt av att det sker en kunskapsökning och metodutveckling även utanför vårdorganisationer. Tidigare forskning har även indikerat att bemötande utöver att ha betydelse för hur enskilda möten känns även har betydelse för den enskildes återhämtningsprocess. Forskningen har dock i huvudsak begränsat sig till bemötande som sker inom vad som kan definieras som en relation (Ibid). Forskning om det hjälpande bemötandet i sig är ett otillräckligt beforskat område och uppsatsen kommer därför att fokusera på detta område.

## **1.4 Syfte**

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa upplever att de blivit påverkade av professionellas bemötande och särskilt utforska vad i bemötandet som kan ha haft en befrämjande eller hindrande effekt på deras återhämtningsprocess.

## **1.5 Frågeställningar**

Hur upplever informanterna att professionellas bemötande har påverkat dem på ett sätt som befrämjat deras återhämtningsprocess?

Hur upplever informanterna att professionellas bemötande har påverkat dem på ett sätt som hindrat deras återhämtningsprocess?

## 1.6 Avgränsningar

Studien är begränsad till erfarenheter hos personer som definierar sig som återhämtade med en idag fungerande och stabil livssituation. Erfarenheter från personer som inte skulle definiera sig som återhämtade faller utanför studien. Det gäller både ifall det beror på pågående psykisk ohälsa och instabil livssituationen eller ifall det beror på att den enskilde inte sympatiserar med eller förstår begreppet återhämtad.

Uppsatsen är vidare begränsad till bemötande från professionella som informanterna kommit i kontakt med på grund av sin psykiska ohälsa. Social interaktion med andra personer i andra sammanhang ingår inte i vad uppsatsen undersöker. Uppsatsen undersöker inte heller medicinska skäl till psykisk ohälsa och återhämtning och kommer därför inte att nämna detta i sina resonemang.

# 2 Tidigare forskning

Detta kapitel handlar om vilken tidigare forskning som har gjorts inom det område som uppsatsen undersöker.

## 2.1 Sökprocessen

Uppsatsens sökprocess utgick ifrån sökfrågan ”hur påverkar professionellas bemötande återhämtningsprocessen hos människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa ur ett brukarperspektiv”. Som första steg gjordes en ämnessökning i ProQuest Social Sciences tills samma träffar började återkomma. Därefter utvärderades sökresultaten och vidare sökning gjordes i supersök via författare, referenser och citeringar från de träffar som visat sig mest relevanta. I ämnessökningen användes fyra söksträngar. Mellan söksträngarna användes AND för att få träffar som innehöll samtliga ämnesområden och inom söksträngarna användes OR för att inkludera träffar på samtliga sökord inom söksträngen. Tre av söksträngarna var *severe mental illness/mental health, user/consumer/client/patient/survivor* samt *recovery\**.

Recovery\* som avgränsning valdes för att begränsa uppsatsen till ett återhämtningsparadigm. Den fjärde söksträngen handlade om att söka forskning om bemötande, vilket först gjordes via sökorden *professional- treatment/refutation/reply/attitude*. Detta gav inte några träffar på forskning som behandlade hur professionellas bemötande eventuellt kan påverka en återhämtningsprocess. En sökning med sökbegreppet *professional relationship* gav dock många relevanta träffar och ledde vidare till mer forskning via sökbegreppen *therapeutic relationship* och *helping relationship*. Dessa träffar hade inte huvudfokus på bemötande utan på relation, men det var det närmaste forskningsfrågan sökningen kom. Under arbetet med teoridelen påträffades tidigare forskning om mikroaggressioner/mikroaffirmationer som i viss mån var kopplade till begreppet återhämtningsprocess och som beskrev vad som kan definieras som bemötande. Nedan presenteras ett urval av de mest relevanta artiklarna. De åskådliggör ett forskningsfält där studier visat att professionellas bemötande har effekt på enskildas mående och återhämtningsprocess. Inledningsvis förklaras detta genom den psykologiska teorin om den terapeutiska relationen, men med tiden börjar även andra förklaringsmodeller komma.

## 2.2 Genomgång tidigare forskning

En bakgrund till forskningsfältet finns i "the Heart & Soul of Change" (1999) där Hubble, Duncan och Miller lanserar teorin om att det finns *gemensamma faktorer* i vad som får en terapi att fungera och att dessa gemensamma faktorer är mer avgörande än vilken behandlingsteknik som används. Den viktigaste gemensamma faktorn är enligt Hubble et. al. relationen mellan behandlare och patient. Denna relation mellan behandlare och mottagare har i senare forskningen omväxlande kallats *terapeutisk relation*, *terapeutisk allians*, *arbetsallians* och *hjälpande relation* och har i ett flertal studier bevisats vara ett starkt och pålitligt verktyg för att nå framgång i insatser och behandling (Russonova, Rogers, Cook, Ellison, & Lyass, 2013) (Johansson & Eklund, 2003) (Aubry, Flynn, Gerber, & Dostaler, 2005) (Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003) (McCabe & Priebe, 2004) (Hicks, Deane, & Crowe, 2012). Denna forskning är med i forskningsgenomgången därför att den är av betydelse för att förstå senare och relaterad forskning inom fältet.

I artikeln "Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services" (2004) bygger Borg och Kristiansen vidare på den forskning som tidigare visat att den hjälpande relationen är avgörande för utgången av en behandling. De utgår även ifrån studier som visat att de flesta med allvarliga psykiska sjukdomar återhämtar sig, vilket bröt mot en

tidigare etablerad sanning om att främst schizofreni innebar litet hopp om bot. Artikeln presenterar en studie som gjorts i syfte att mer djupgående utforska denna hjälpande relation ifrån ett brukarperspektiv. Forskarna önskade att förstå vad en hjälpande relation innebar för informanterna. Att utgå ifrån brukarnas egna subjektiva förstahandsberättelser var då någonting nytt enligt artikelförfattarna, särskilt när det gällde allvarlig psykisk ohälsa. Studien var kvalitativ och genomfördes i Sverige. Metoden bestod av intervjuer med 15 personer som behandlats för allvarlig psykisk ohälsa, vilket i studien huvudsakligen innebar schizofreni och psykossjukdomar. Personerna hade vid tidpunkten för intervjun en stabil livssituation och betraktade sig som återhämtade. Resultatet av studien och dess främsta bidrag till forskningsfältet blev att gemensamma faktorer för en hjälpande relation med gruppen människor med erfarenhet av allvarlig psykisk ohälsa kunde identifieras. Dessa var *förmåga att inge hopp, att dela med sig att makten, att vara tillgänglig när det behövs, att vara öppen för att det finns individuella skillnader i vilken behandling som hjälper* samt att *vara villig att töja på gränserna för vad som är att betrakta som professionellt beteende*. Sammantaget uppfattade informanterna det som hjälpsamt när de professionella var *personcentrerade snarare än sjukdomscentrerade* och de blev *bemöta som medmänniskor i ett samarbete*. Artikelns syfte har likheter med uppsatsens syfte och forskarna var pionjärer inom forskningsfältet, vilket är skälet till att den är med i forskningsgenomgången.

”The Art of Helpful Relationships with Professionals” (2015) av Ljungberg et. al. är en metaetnografi av 21 individuella studier som samtliga likt Borg och Kristiansen haft en frågeställning om vad människor med erfarenhet av allvarlig psykisk ohälsa har funnit hjälpsamt i relationer med professionella. Artikelns syfte var att skapa en syntes av den tillgängliga kvalitativa forskningen. De artiklar som ingick var publicerade på engelska mellan 2001 och 2012. Sammanlagt innehöll studierna 750 informanter och alla utom en använde intervju som metod. Fem studier var genomförda i Sverige, sju i USA och fyra i Storbritannien. Norge, Sydafrika och Australien var genomförandeland för en studie var och slutligen var en studie multinationell och innehöll informanter från Italien, USA, Sverige samt Norge. De professionella som informanterna talade om kom från ett stort spektrum av arbetsroller inom hälso- och sjukvård samt socialt arbete. Syntesen resulterade i tio teman samt en övergripande tolkning. De tema som studien fann var först och främst *att känna och lita på* samt *tid och tillgänglighet*, vilka bägge är grundläggande för att kunna etablera en relation. Därefter nämns *resurser knutna till den professionella rollen* och *att få emotionellt*

*stöd*. Bägge dessa handlar om sådant som personen kan få ifrån den professionelle. Informanterna framhäver även *någon att tala med och vara med, att passa ihop som människor, att betyda något för den professionelle och att bli sedd som människa*. Dessa teman innebär att det finns någon form av emotionellt band, att den professionelle har ett genuint intresse och att bli bemött som en människa snarare än en diagnos. Sedan beskrivs *att arbeta tillsammans för att se individens behov*, vilket innebär respekt för att den enskilde själv bäst känner sin situation samt att beslut fattas gemensamt. Slutligen framkommer att informanterna uppskattar när *professionella går utöver rollen som professionell* och kan mötas med brukaren som två människor på ett ömsesidigt sätt. Uttrycket ”som en vän” används om detta av informanterna i studierna. Den övergripande tolkning som görs är att personer med allvarlig psykisk ohälsa dels etablerar *en professionell relation*, dels *en personlig relation* med professionella kontakter. I den professionella delen av relationen är den enskilde mottagaren och den professionelle givaren. I den personliga delen av relationen sker ett mänskligt samspel mellan två personer. Bägge dimensionerna finns i en och samma relation och det sker ett samspel mellan den enskilde och den professionelle, där den professionelles ageranden och förhållningssätt har en avgörande betydelse för ifall relationen som helhet ska bli hjälpsam för den enskilde. Studien är med i forskningsgenomgången eftersom den är en syntes av flera tidigare studier med frågeställningar lika uppsatsens. Den tillför samlad kunskap ifrån flera studier och en övergripande tolkning som tillför forskningsfältet något nytt när beskriver en hjälpande relation på ett sätt som artikelförfattarna menar står i kontrast mot en traditionell syn på den professionella rollen som distanserad.

”Subtle Ways of Stigmatization Among Professionals: The Subjective Experience of Consumers and Their Family Members” (2018) är en artikel av Amsalem, Gothelf, Hassan-Ohayon och Roe. Artikeln ingår i litteraturöversikten eftersom den beskriver dåligt bemötande som personer med allvarlig psykisk ohälsa upplevt, relaterar bemötandet till återhämtningsprocessen och skiljer sig ifrån de föregående artiklarna genom att forskarna inte använder psykologisk teori om gemensamma faktorer och den terapeutiska alliansen för sin analys utan utgår ifrån begreppet mikroaggressioner. En mikroaggression riktar sig mot människor i marginaliserade grupper och skiljer sig ifrån öppen diskriminering genom att vara subtil och oftast komma ifrån en person som vill väl och inte själv ser skadan som görs. Människor i minoritetsgrupper upplever ofta mikroaggressioner och som följd stress och maktlöshetskänslor. En mikroaggression kan vara en okänslig eller förödmjukande kommentar eller ett uttalande som ogiltigförklarar en individs upplevelse av sin verklighet.



Studiens syfte var att undersöka subjektiva upplevelser av att bli stigmatiserad eller strukturellt diskriminerad av psykiatripersonal. Metoden var semistrukturerade intervjuer med 16 personer som de senaste månaderna diagnostiserats med schizofreni samt intervjuer med anhöriga till dessa personer. Studien genomfördes i Israel. Resultatet av studien var att informanterna berättade om subtila uttryck som de uppfattat som att det var stigmatisering eller diskriminering bakom. Därför tolkades resultaten med hjälp av begreppet mikroaggressioner. Tre former av mikroaggressioner identifierades i studien. Den första var *att informanternas levda erfarenhet inte ses som relevant* vilket uttrycks genom att den professionelle exempelvis ser medicinsk kunskap som den enda relevanta och patientens egen uppfattning om sitt tillstånd och vad som skulle hjälpa ses som en del av patientens galenskap. En del informanter beskrev att de internaliserat detta budskap och fått upplevelsen av att inte kunna lita på sina egna tankar. Den andra var *förmedlande om att det inte finns något hopp om återhämtning* som kan kommuniceras genom att exempelvis bara tala om allt som inte kommer att gå utan att förmedla något framtidshopp. Den tredje var *att det inte ses som nödvändigt att informera patienten om medicinsk kunskap eller diskutera behandling med patienten* som uttrycks genom att inte göra detta och därmed förmedla att patienten inte är kapabel att delta i planeringen av sin vård. Forskarna kopplar mikroaggressionerna till förtryck på makronivå som påverkar människors agerande på mikronivå. De drar slutsatsen att internalisering av mikroaggressionerna begränsar möjligheterna att vara aktiv agent i sitt eget liv. Eftersom återhämtningsprocessen är beroende av eget agerande påverkas möjligheterna till återhämtning negativt.

Artikeln ”Small Things, Micro-Affirmations and Helpful Professionals Everyday Recovery-Orientated Practices According to Persons with Mental Health Problems” (2018) av Topor, Bøe, & Larsen ingår i forskningsöversikten eftersom artikeln dels bygger på tidigare forskning om gemensamma faktorerers betydelse för återhämtningsprocessen, dels utgår från forskning om mikroaggressioner upplevda av personer med allvarlig psykisk ohälsa. Studien undersöker vad det till mikroaggressioner motsatta begreppet mikroaffirmationer skulle kunna innebära. Artikeln är relevant för uppsatsen eftersom det dels handlar om bemötande som informanterna upplever som positivt, dels länkar forskarna mikroaffirmationer till faktorer som är gynnsamma för en återhämtning och slutligen förutsätter begreppet inte att det finns en relation till den professionelle. Studien genomfördes som en metastudie av 26 artiklar, tre böcker och två doktoranduppsatser som samtliga tog upp betydelsen av vad forskarna kallar *små saker* i professionellas bemötande av personer med allvarlig psykisk ohälsa. Skälet till att

undersöka detta är att olika informanter i olika studier ofta uppgett att små saker i professionellas bemötande, exempelvis att hälsa, är viktigt för dem. Forskarna identifierar små saker med begreppet *mikroaffirmationer* och studiens syfte är att definiera vad mikroaffirmationer är. Studiens resultat är att mikroaffirmationen är subtila handlingar, ord eller gester i vardagen som uppfattas vara utanför den professionella rollen, utan terapeutiskt värde och som upplevs som spontana och utöver förväntningarna. Effekten är att de bidrar till att skapa en personlig relation till den professionelle och får personen att uppleva sig sedd som människa och inte bara diagnos, vilket stärker självkänslan. Forskarna jämför mikroaffirmationer med gemensamma faktorer och kommer fram till att det finns en likhet i att bägge begreppen handlar om känslor och betydelsen av att kommunicera hopp, men att skillnaden är att teorin om gemensamma faktorer hör samman med en psykoterapeutisk idévärld, vilket begreppet mikroaffirmationer inte gör. Forskarna spekulerar i att betydelsen av mikroaffirmationer skulle kunna kopplas till skillnaden i makt mellan behandlare och patient/klient och att mikroaffirmationer skulle kunna ses som en form av social solidaritet, men utvecklar inte detta resonemang eller gör någon analys.

## **2.3 Sammanfattning**

Samtliga redovisade studier har kommit fram till att professionellas sociala interaktion har betydelse för informanternas mående och återhämtning. Sammanfattningsvis så påverkades informanterna positivt av att bli bemötta som människor och inte som en diagnos, av att vara delaktiga, av att få ett hoppingivande bemötande, av att känna trygghet och tillit och av att professionella går utöver vad som förväntas av dem. Motsatt bemötande påverkade informanterna negativt.

Sammantaget finns ett forskningsfält som främst har sitt ursprung i forskning som visat att i psykoterapi är olika gemensamma faktorer, särskilt den terapeutiska relationen, den viktigaste faktorn för framgång. Därefter är de stora dragen att fältet börjar vidga sig allt mer och kommer att inkludera även andra insatser och behandling samt fler typer av professionella än psykoterapeuter. Den förklarande teorin förblir dock fortsatt gemensamma faktorer och den terapeutiska alliansen. Därefter börjar det komma forskning som visar att tidigare forskningsresultat kan förklaras med andra teoretiska begrepp, vilket bland annat av Topor et. al. (2018) gör. Begreppet mikroaffirmationer som Topor et. al. använder kräver inte att det finns en relation till den professionelle, vilket gör begreppet bredare och användbart för att svara på

frågan om hur bemötande kan påverka en återhämtningsprocess, eftersom bemötande kan finnas även utan en relation. Uppsatsen bygger vidare på Topor et. al.s hypotes att teorier om makt och social solidaritet skulle kunna vara användbara teorier för att analysera hur bemötande påverkar personer med allvarlig psykisk ohälsa.

## 3. Metod och metodologiska överväganden

Detta kapitel kommer att beskriva hur det gick till när arbetet med studien och uppsatsen gjordes.

### 3.1 Arbetsfördelning

När denna uppsats påbörjades var vi två studenter. Vid val av forskningsstrategi, val av datainsamlingsmetod, genomförande av urvalet, intervjuer och transkribering samt i de etiska valen kopplade till dessa delar var vi två. I val av analysmetod, genomförande av analys samt i författandet av all uppsatstext har jag varit ensam. Jag har valt att skriva metodkapitlet med *jag* och *vi* istället för med ett objektiva tilltal eftersom detta gör det tydligare vem som gjort de aktiva valen och genomfört arbetet.

### 3.2 Övergripande forskningsstrategi

Uppsatsens syfte och frågeställningar handlar om individers erfarenhet av att uppleva ett komplext socialt skeende. Med anledning av det bedömde vi att ett tillfredställande forskningsresultat inte skulle nås genom kvantitativ metod, eftersom det innebär ett begränsat antal på förhand bestämda och mätbara variabler (Bryman, 2018) och valet föll därför på en kvalitativ forskningsdesign som är mer inriktad på att förstå sociala verkligheter.

En forskningsdesign kan vara i huvudsak induktiv eller deduktiv. Ett deduktivt arbetssätt innebär att en hypotes om hur verkligheten är beskaffad kommer först och sedan verifieras eller falsifieras hypotesen. Det motsatta förfaringsättet är induktion som innebär att förutsättningslöst utgå ifrån sin data och utifrån den skapa en teori (Ibid). Arbetet med uppsatsen har under hela processen växlat mellan de bägge förhållningssätten, vilket gjort det möjligt att dels låta teori och tidigare forskning fördjupa förståelsen av empirin, dels låta

empirin fördjupa förståelsen av teori, tidigare forskning och forskningsfrågor så att det kan modifieras under uppsatsskrivandets gång.

### **3.3 Val av datainsamlingsmetod**

För att svara på forskningsfrågorna valde vi att göra semistrukturerade intervjuer med personer som har egen erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa och återhämtning. Skälet var att det är dessa personer som har förstahandskunskapen eftersom de upplevt det som vi ville studera i sin person och i sitt liv. Därmed bedömde vi att de var de personer som kunde ge en djupgående beskrivning av hur påverkan gått till. Enligt Bryman (2018) är en kvalitativ intervju en lämplig metod för att undersöka den intervjuades egna känslor och tankar, eftersom intervjun inte är alltför styrd och ger möjlighet att vara flexibel och följsam för det som intervjupersonen uttrycker och ge informanten möjligheten att utveckla och fördjupa resonemang.

En del av att kvalitativ intervju ger andra möjligheter att fördjupa resonemang är att kvalitativ intervju är att det är en fördelaktig datainsamlingsmetod ifall intervjuaren önskar retrospektion (Rapley, 2004). Vi var intresserade av händelser som skett i dåtid där vissa händelser (bemötande) påverkat andra (återhämningsprocessen). Att göra kopplingen mellan två händelser kräver reflektion och det behövs en berättelse om det förgångna för att begripliggöra kopplingen, vilket gjorde att vi såg kvalitativ intervju som en lämplig metod.

En kvalitativ intervju kan vara ostrukturerad eller semistrukturerad. Vi valde semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att ha en intervjuguide men kunna avvika ifrån den med följdfrågor och nya frågeställningar som uppstår under intervjuens gång (Bryman, 2018). Eftersom vi hade relativt specifika frågeställningar och vi bedömde det som lätt hänt att intervjuerna skulle tappa fokus och börja handla om närliggande frågor såg vi det som fördelaktigt med en intervjuguide för att kunna styra mer av vad informanterna talade om än i en ostrukturerad intervju.

En nackdel med kvalitativa intervjuer är att de är mer tidskrävande att genomföra, transkribera och analysera än kvantitativa enkätfrågor. Det har lett till att gruppen informanter till följd av brist på tid är relativt liten och att resultatet därför kan vara svårt att använda för att nå en ökad förståelse av hela målgruppen. Metodvalet innebär även att materialet blir

begränsad till det egenupplevda. Eftersom studien primärt är intresserad av hur bemötandet och dess eventuella påverkan har upplevts av mottagaren bedömer jag det inte som ett problem att vara avgränsad till det egenupplevda.

### **3.4 Urvalsprocess**

#### *3.4.1 Metodval*

Det var nödvändigt att göra ett urval av informanter eftersom det är omöjligt att intervjua varenda person som tillhör gruppen människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa. De vanliga urvalsmetoderna vid kvalitativ intervju är målinriktat eller teoretiskt urval (Coyne, 1997). Ett teoretiskt urval innebär att intervjuer, kodning och analys påbörjas samtidigt, och att fler informanter söks när kodning och analys visar att det finns behov av att söka fler informanter för att kunna utveckla kategorierna. Vid målinriktat urval bestäms inkluderings- och exkluderingskriterier innan kodning och analys. Ifall fler informanter rekryteras görs det oftast för att öka variationen i ålder, kön, klass eller andra viktiga egenskaper (Ibid). Vi valde målinriktat urval av det huvudsakliga skälet att vi gjorde en relativt liten studie till en kandidatuppsats med begränsad tid för intervjuer, kodning och analys.

Vi valde att först göra ett kontexturval där vi vände oss till frivilligorganisationer för människor med psykisk ohälsa och sedan ett deltagarurval. Valet av frivilligorganisationer berodde på att vi såg dem som ett sammanhang där det är sannolikt att hitta deltagare som både matchade våra inkluderings- och exkluderingskriterier och hade ett intresse av att berätta om sina erfarenheter, något vi föreställde oss att aktiva medlemmar i intresseorganisationer ofta har. Kontexturvalet har nackdelen att människor som matchade våra kriterier men av olika skäl valt att inte vara med i en intresseorganisation exkluderades från studien och det kan finnas systematiska skillnader mellan de bägge grupper där studien osynliggör den ena gruppen.

När det gäller inkluderingskriterier för deltagarna så utgick vi ifrån forskningsfrågan, vilket innebar att deltagarna behövde vara personer som hade erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa, erfarenhet av minst en återhämtningsprocess och som behövde ha erfarenhet av att ha haft vård- eller stödinsatser från människovårdande organisationer där de blivit bemötta av professionella. Vi definierade långvarig psykisk ohälsa som att ha varit sjuk i minst två år, eftersom detta är den vanligaste definitionen inom psykiatri och forskning (Zumstein & Riese,

2020). Vi definierade återhämtad som att inte nödvändigtvis vara helt symtomfri, men att ha ett fungerande och meningsfullt liv. Av etiska skäl som jag återkommer till i etikavsnittet tillförde vi exkluderingskriterier som innebar att inte ha med någon under 20 år, att personerna inte skulle ha vårdats ineliggande det senaste året samt att personerna idag skulle betrakta sig som återhämtade med en fungerande vardag. Vi valde även att avgränsa uppåt vid 65 år.

### *3.4.2 Genomförande av kontexturval*

Efter att vår idé och urvalskriterier samt informationsblad, informationsdokument, samtyckesdokument och intervjuguide först godkänkts av vår handledare påbörjade vi sökandet efter lämpliga organisationer. I det första urvalssteget med kontexturval kontaktade vi 19 organisationer för människor med psykisk ohälsa genom att maila dem med informationsbladet bifogat. Vi fick kontakt med sju organisationer och två av dessa deltog sedan i vår studie. Den första organisationen av de som deltog svarade snabbt och bjöd in oss till ett informationsmöte för sina medlemmar. Den andra organisationen som deltog var NSPHiG, ett nätverk för olika patient-, brukar- och anhörigföreningar inom psykiatriområdet. De mailade ut informationsbladet till sina medlemsföreningar. När det gäller föreningarna som vi fick kontakt med, men inte kom vidare med, så var skälet i tre fall att kommunikationen var för långsam för att vi skulle få ett besked i tid och i två fall att organisationen tackade nej. I ett fall med motiveringen att de hade för liten verksamhet, i det andra med motiveringen att de var en organisation för kroniskt sjuka personer som aldrig kommer att kunna återhämta sig. Organisationen ändrade sig inte efter att vi förtydligat att återhämtad inte betyder helt symtomfri.

Den respons vi fick under kontexturvalet gjorde oss medvetna om att åtskillnaden i biomedicinskt paradigm och återhämtningsparadigm verkade finnas även bland frivilligorganisationer för människor med erfarenhet av psykisk ohälsa. Organisationen som bjöd in oss till informationsmöte var en organisation som använde samma språk som återhämtningsforskarna och som vi uppfattade klart sympatiserade med återhämtningsparadigmet, liksom NSPHiG och flera av de andra organisationerna som svarade snabbt. När det gäller organisationen som tackade nej med motiveringen att organisationens medlemmar är kroniskt sjuka så uppfattade vi det som att vi blev avvisade av gatekeepern eftersom dennes syn på psykisk ohälsa inte vara komparabel med begreppet återhämtning och att personen därför inte såg organisationens medlemmar som personer som passade in i vår studie.

Organisationen och flera av organisationerna som inte svarade hade också ett språkbruk på sina hemsidor som var mer likt det biomedicinska paradigmet. Denna paradigmskillnad har troligen gjort så att vi endast kunnat nå informanter som tillhör en organisation som tillhör återhämtningsparadigmet och att berättelser från andra personer blivit exkluderade. Det är även troligt att människor sökt sig till en organisation som stämmer överens med deras eget sätt att se på psykisk ohälsa samt att medlemmar blivit påverkade av sin organisationens paradigmatillhörighet. Även formuleringen om återhämtning i informationsdokumenten har troligen lett till att den som inte sympatiserar med återhämtningsparadigmet valt bort studien. Detta är en oavsiktlig avgränsning i vilka informanter som studien kunnat nå. Avgränsningen innebär att studien kan ses som tillhörande återhämtningsparadigmet och ger en ökad medvetenhet om att det finns andra sätt att tolka verkligheten på bland människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa än vad studiens informanter har.

#### *3.4.3 Genomförande av deltagarurval*

När det gäller urvalet av deltagare så blev vi kontaktade av personer som blivit intresserade när de läst informationsbladet och mailade informationsdokumentet till dem. Därefter tackade sex personer ja. Fyra kom från föreningen som bjudit in oss till informationsmöte och två ifrån NSPHiGs medlemsföreningar. Vi exkluderade initialt ingen som ville delta eftersom alla bedömdes passa i kriterierna. Den sista informanten av de sex deltagarna valde vi dock ut eftersom hon var en medelålders kvinna och vi tidigare hade två yngre kvinnor och tre medelålders män. Det eftersom vi strävade efter balans i ålder, kön och socialgrupp och hon bedömdes bäst komplettera de informanter vi redan hade. Efter sex informanter bedömde vi att vi saknade tid och utrymme för att kunna analysera ytterligare intervjuer tillräckligt djupgående. Bryman (2018) beskriver att ett målstyrt urval bör sträva efter variation medan deltagarna för att kunna få så många olika erfarenheter som möjligt inom studiens inkluderings- och exkluderingsskriterier. Storleksmässigt bör en studie inte vara så stor så att djupgående fallorienterad analys blir omöjligt, men inte så liten att det är svårt att nå datamättnad. Med datamättnad menas att täcka de olika svar som är möjliga att få på studiens frågeställning. Det som saknades bland informanterna var en yngre man och en kvinna med bakgrund i högre socialgrupp. Det saknas även helt informanter som aldrig varit i kontakt med arbetslivet eller eftergymnasiala studier. Jag bedömer att informanter av dessa typer hade kunnat öka datamättnaden.

Uppsatsens fokusområde har varit allvarlig/långvarig psykisk ohälsa som påverkat livssituationen på ett omvälvande sätt. Vi eftersökte dock endast personer med långvarig psykisk ohälsa och skrev inte ut exkluderingskriterier med speciella diagnoser eftersom vi inte tillhörde det biomedicinska paradigmet. I slutändan var ändå de som deltog personer med diagnoser som kvalificerat dem som personer med erfarenhet av allvarlig psykisk ohälsa även ifrån en biomedicinsk standpunkt. Det har troligen att göra med att vi sökte informanter via frivilligorganisationer och människor i regel inte går med i och är aktivt engagerade i en medlemsorganisation ifall organisationens område inte är något som är viktigt för dem och de inte upplever sig passa in bland de andra medlemmarna.

I informationsblad/informationsdokument fanns information om att vi ville studera vad i professionellas bemötande som kan stödja eller hindra en återhämtningsprocess. Ett rimligt antagande är att denna information gjorde så att personer med erfarenhet av att just professionellas bemötande påverkat deras återhämtningsprocess tackade ja och att andra avstod. Det innebär att jag inte vet hur vanlig denna erfarenhet är. Det som uppsatsen undersöker är upplevelser av *hur* påverkan har skett bland personer som har erfarenhet av *att* påverkan har skett.

### **3.5 Genomförande av intervjustudien**

Vi intervjuade de sex personerna från urvalet under en tidsperiod på cirka tre veckor. Samtliga deltagare valde fysisk intervju och valde bort alternativen telefonintervju och intervjuguide online. Deltagarna valde själva plats för intervjun. De fyra personerna från samma frivilligorganisation valde alla ett avskilt rum i föreningens lokaler. Personerna från NSPHiG valde varsin plats med möjlighet till avskildhet i den offentliga miljön. Intervjuerna utgick ifrån en guide som var densamma under alla intervjuerna, men vi ställde följdfrågor på det som informanterna tog upp för att få klargörande eller be informanterna att utveckla olika områden. Under samtliga intervjuer ställde jag frågorna från intervjuguiden och bägge ställde följdfrågor. Vi strävade efter att hålla intervjuerna inom ramen för forskningsfrågorna, vilket inte alltid var lätt. I samtliga intervjuer blev dock vad vi bedömde som tillräckligt mycket sagt som handlade om vårt forskningsområde för att intervjun skulle vara användbar. Intervjuerna genomfördes tills det inte fanns mer att säga och vi avbröt inte informanter utan lät intervjuerna ta den tid de tog för att både vi skulle få våra svar och informanterna berätta det som de ville förmedla. Två av intervjuerna blev därför mycket långa, den längsta fyra timmar



lång. Den kortaste intervjun tog strax över 30 minuter. Det gör att det finns skillnader i hur mycket relevant data som kommer ifrån olika personer.

Jag ser det som sades under intervjun som producerat i situationen. Personerna som intervjuades skapade en berättelse om sina erfarenheter där och då och gjorde kopplingar om hur bemötande har eller kan ha påverkat deras återhämtningsprocess. En del kopplingar kanske gjordes för första gången där och då efter att ha ställts inför frågan, annat kan personerna själva ha tänkt på länge. För att inte få krystade svar så ville vi inte pressa informanterna i intervjuerna på att de måste ha erfarenheter lika det vi var intresserade av, men samtidigt vara tydliga med vårt område, vilket var en balansgång. De flesta började dock spontant ta upp den typ av svar vi efterfrågat innan vi ställde intervjufrågor om det.

### **3.5.1 Presentation av intervjudeltagarna**

Uppsatsens sex informanter valde själva sina alias.

#### *Sofie*

Sofie var en yngre kvinna som hade studerat på universitet. Hon bodde tillsammans med vänner och gick regelbundet till en brukarförenings verksamhet.

#### *Jonas*

Jonas var en yngre medelålders man som tidigare varit yrkesverksam i olika arbetaryrken. Vid intervjutillfället hade han nyligen upptäckt en brukarförening och börjat delta i verksamheten.

#### *Emma*

Emma var en yngre kvinna som nyligen tagit första steget in i arbetslivet genom att starta ett eget företag. Emma var kristen och aktiv inom svenska kyrkan samt en brukarförening.

#### *BTP*

BTP var en medelålders man. Han hade tidigare haft en aktiv karriär och arbetat som chef. Vid intervjutillfället var han engagerad i en brukarförening och planerade för sin pension.

### *Marie-Louise*

Marie-Louise var en medelålders kvinna som vid tidpunkten för intervjun var yrkesverksam samt aktiv inom en brukarförening där hon arbetade med information och stöd till andra i samma situation.

### *Jocke*

Jocke var en medelålders man som vid intervjutillfället arbetade inom socialt arbete och var engagerad i politik och i olika brukarföreningar.

## **3.6 Bearbetning av empirin**

Intervjuerna transkriberades för att bli mer tillgängliga för analys. En transkribering innebär att intervjuens muntliga språk görs om till skriftligt språk. Muntligt och skriftligt språk följer olika språkregler (Kvale & Brinkmann, 2009), vilket innebär att transkriberingen blir en tolkning och representation av intervjun där mycket av det som fanns i intervjusituationen försvinner (Riessman, 1993). Det finns olika sätt att transkribera på som innebär skillnader i hur det muntliga språket görs om till skriftligt språk. Våra val motiverades av att vi inte ville göra en analys av själva samtalet utan primärt var intresserade av innehållet i informanternas utsagor. Vi ville därför sortera bort onödigt information och få meningen i det sagda att framträda tydligt. Valet blev att transkribera ordagrant och utan att ändra ordföljd, men att inte transkribera uttal eller alla utfyllnadsljud. Dock noterades sådant som skratt, pauser och betoningar för att minska risken att missförstå betydelsen av det sagda i skriftspråk.

Interpunktionen är gjord så att texten ska läsas på samma sätt som det sagda och ha samma innebörd. Det har konsekvensen att interpunktionen är felaktig enligt skriftspråkets regler. Vid ett flertal ställen i intervjuerna var enskilda ord eller meningar ohörbara, vilket har noterats istället för att gissa och riskera feltolkningar. Allt intervjumaterial har transkriberats, även det som inte verkade vara användbart. Vi transkriberade 2015 tre intervjuer var. I samband med att jag 2021 påbörjade analysen så lyssnade jag igenom intervjuerna, läste transkriberingarna och gjorde mindre modifieringar i transkriberingarna. I den färdiga uppsatstexten har citaten redigerats något för att göra dem mer läsbara utan att ändra betydelsen.

## 3.7 Analyismetod

### 3.7.1. Val av material

Analysen av materialet gjordes av mig ensam sex år efter intervjuerna och transkriberingen. Beslutet att använda samma material har en metodologisk aspekt gällande materialets användbarhet. Jag bedömer materialet som användbart eftersom det primärt handlar om hur mänskligt samspel fungerar i allmänhet och inte om specifika metoder eller insatser som kan ha förändrats. År 2017 hade fyra av tio personer med erfarenhet av psykisk ohälsa erfarenhet av orättvist bemötande (Wikman et. al, 2017) och år 2020 resulterade studien i att åtgärder påbörjades (Socialstyrelsen, 2020) vilket indikerar att bemötande troligen fortsatt är ett utvecklingsområde för människovårdande organisationer. Sådant som bemötande som ofta kan vara ett mer eller mindre medvetet beteendemönster som sker av vana tar också ofta lång tid och medveten ansträngning att förändra (Duhigg, 2013), vilket är ett skäl till att jag inte tror att mitt material har blivit inaktuellt.

### 3.7.2. Val av analysmetod

Analysen är den del i forskningsprocessen som slutligen bearbetar data till svar på forskningsfrågorna. Jag valde tematisk dataanalys eftersom intervjuerna hade gett ett omfattande material. Tematisk dataanalys är en metod för att hantera ett omfattande och ostrukturerat kvalitativt material. Syftet är att organisera data, hitta mönster och kategorisera svar på forskningsfrågorna (Bryman, 2018). Arbetet med analysen följde i stort den generiska process som Bryman (2018) beskriver och där kodning spelar en stor roll. En nackdel med tematisk analys är att kodningen leder till att data fragmenteras. Det innebär en risk för feltolkningar när det sammanhang som något sagt i inte längre finns med, särskilt när det gäller sammanhängande berättelser med tidsföljd där helheten behöver läsas för att förstå meningen. En alternativ kvalitativ metod är narrativ analys där tidssekvenser inte fragmenteras (Ibid). Skälet till att jag valde bort narrativ analys var att de berättande tidssekvenser i materialet som svarade på forskningsfrågorna var korta berättelser om att ett bemötande varit på ett visst sätt och att det gett en viss påverkan som antingen var befrämjande eller hindrande för återhämningsprocessen. Dessa berättelser kan finnas med i en kod och hanteras av en tematisk analys. Jag bedömde därför inte narrativ analys som nödvändig. Vid narrativ analys bör även forskningsintervjun uppmuntra till berättande genom att exempelvis ställa en enda öppen fråga om informantens livsberättelse och låta följdfrågorna handla om vad som hände

innan och efter (Ibid). Uppsatsens intervjuguide var tematiskt uppbyggd och intervjuerna redan genomförda varför en tematisk analys passar bättre.

### *3.7.3. Genomförande av analys*

Analysen påbörjades genom memos med reflektioner under jag lyssnade på intervjuerna och läste transkriberingarna. Syftet var att bli välbekant med materialet. Jag gjorde litteraturgenomgång 2021 och var då extra observant på sådant jag kände igen från intervjuerna. På så sätt lärde jag mig de i forskningssammanhang vanliga begreppen för olika företeelser. Detta gav ett deduktivt inslag i den kommande kodningen, eftersom jag då använde de vetenskapliga begreppen. Analysen var även induktiv eftersom jag kodade så nära informanternas språk som möjligt och sökte och valde teorier först efter att kategoriseringen var färdig. Mitt skäl till att använda de induktiva inslagen var att jag upplevde att det lyfte informanternas röster mer än att helt utgå ifrån tidigare forskning och teori i val av koder, kategorier och teman.

I kodningens första steg kodades allt som berörde bemötande som hindrat eller befrämjat en återhämtningsprocess och övrigt material sorterades bort. De initiala koderna sammanfattade med ett eller få ord det som sagt och lyfte centrala ord och fraser. Det kodade var både ord, fraser, meningar och sammanhängande resonemang på flera meningar. Samma enhet kunde ha flera olika koder. Den initiala kodningen gav hundratals olika koder som sedan fördes samman till kategorier av koder som liknande varandra. Detta gjorde i flera omgångar där antalet kategorier blev mindre varje gång och kategoriernas namn justerades efter vad som sammanfattade kategorin. Jag gick ofta tillbaks till citat i transkriberingarna när jag inte mindes kontexten för en kod. Det är en metod för verifiering som rekommenderas av Tuckett (2005) för att försäkra sig om att analysen verkligen är nära innehållet i intervjuerna.

Efter kategoriseringen blev det tydligt att det mest genomgående i resultatet var makt och självkänsla. De hade kunnat bli teman, men jag bedömde att en presentation med fler och mer konkreta teman skulle vara mer användbar. Det blev också tydligt att intervjupersonerna berättade om professionella som de haft allt från tillfällig till långvarig kontakt med. Det gjorde att jag valde bort ett tidigare beslut om att använda terapeutisk allians som teori, eftersom denna teori används för att analysera relationer. Jag sökte istället efter en teori som skulle fördjupa förståelse av makt och självkänsla, vilket initialt var svårt eftersom litteraturen om makt som jag först hittade handlade om makronivån och inte var användbart på materialet.

Det som slutligen gav aha-upplevelser” och som jag upplevde beskrev samma fenomen som mina informanter var flera liknande teorier inom mikrosociologi/symbolisk interaktionism.

Uppsatsens slutliga teman är sammanfattningar av flera kategorier och innehåller sådant som behandlats av en majoritet av informanterna och som förekommit ofta i intervjuer och/eller betonas extra. Uppsatsens teman verifierades med att gå tillbaks till transkriberingarna och då valdes även illustrativa citat. De teman jag slutligen landade i innehåller alla kategorier ifrån både befrämjande och hindrande bemötande, medan kategorierna varit antingen en kategori om ett hindrande bemötande eller ett främjande. Ett exempel på ett tema och dess grund i kategorier är temat ”att bli lyssnad på” som innehåller de befrämjande kategorierna ”att bli hörd”, ”att bli trodd”, ”att bli tagen på allvar”, ”att få svar”, ”tillgänglighet”, ”att bli förstådd” samt de hindrande kategorierna ”misstrodd”, ”missförstådd”, ”inte lyssnad på”, ”motstånd” och ”inte trodd”. Uppsatsens slutgiltiga analys och slutsatser presenterar en representation av mänsklig erfarenhet som har skapats genom tolkningar i flera led under uppsatsarbetets gång (Riessman, 1993).

### **3.8 Studiens tillförlitlighet**

Eftersom begreppen reliabilitet och validitet i huvudsak avser ifall en mätning är korrekt så har begreppet *tillförlitlighet* och dess fyra delkriterier *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att styrka och konfirmera* utvecklats för kvalitativa studier (Bryman, 2018). *Trovärdighet* handlar om hur väl en studie svarar på sina frågeställningar och håller rätt fokus genom processen (Graneheim & Lundman, 2004). Uppsatsen har strävat efter trovärdighet genom att följa de regler som finns för hur en intervjustudie och uppsats på kandidatnivå ska genomföras och skrivas. Studiens informanter varierar i ålder, kön, socialgrupp och diagnoser, vilket jag ser som ett sätt att få variation i data och tydligare se vilka de gemensamma nämnarna mellan informanterna är. Strävan har varit att ligga nära informanternas eget språk och hur deras berättelser hänger samman för att göra en analys där meningen av vad informanterna sagt inte tappas bort. En svaghet är att en respondentvalidering var tänkt att genomföras, men inte möjlig eftersom sex år gått mellan intervjuerna och att uppsatstexten skrevs. Respondentvalidering innebär att en studies informanter får studiens resultat återkopplat och kan uttala sig om ifall de anser att resultatet stämmer eller inte (Bryman, 2018). Med *överförbarhet* menas ifall det är möjligt för en läsare att föra över studiens resultat till andra grupper än just de informanter som deltagit i studien (Ibid). För att skapa

möjlighet till överförbarhet har uppsatsen strävat efter att göra en tät beskrivning av de informanter som deltog, urvalet av dem och deras kontexten samt använda många och representativa citat. Detta för att göra det möjligt för en läsare att avgöra till vilka andra situationer resultaten kan överföras. *Pålitlighet* handlar om hur studiens kunskap har producerats och om att vara transparent med tillvägagångssätt och eventuella skillnader medan hur olika data samlats in (Graneheim & Lundman, 2004). För att vara pålitlig så redogör studien för alla faser in producerandet av data. Alla intervjuer genomfördes under samma begränsade tidsperiod, alla informanter genomförde en intervju ansikte mot ansikte och fick samma grundläggande frågor, vilket innebär att skillnaderna mellan intervjuerna i huvudsak beror på hur informanterna valde att svara på frågorna. Med *möjlighet att styrka och konfirmera* menas att forskaren har varit i god tro och inte medvetet har varit styrd av en värdering eller teoretisk inriktning (Bryman, 2018). För att uppnå detta har analysen hållits nära materialet, teorier valts först efter att kategorier framkommit i den tematiska analysen och strävan har varit att undvika att vinkla materialet efter egna värderingar. Att inte påverkas omedvetet av värderingar och egen livs- och arbetslivserfarenheter är dock inte möjligt.

Bryman (2018) menar vidare att en kvalitativ studies resultat inte kan generaliseras. Det betyder att resultatet inte kan ses som representativt för en hel målgrupp, men däremot kan resultatet tillföra värdefull kunskap till teorin. Det går också att som tagits upp ovan att delvis överföra resultatet till andra grupper som liknar en studies informanter. Detta innebär att jag inte ser denna uppsatsens resultat som representativt för hela gruppen människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa, men att resultatet kan tillföra forskningsområdet kunskap och att resultatet kan ha överförbarhet för grupper som liknar uppsatsens informanter.

### **3.9 Forskningsetiska överväganden**

Etik innebär medvetenhet och reflektion gällande de val som görs och att de kan motiveras ifrån värden och normer (Vetenskapsrådet, 2017). Inom forskning handlar etik framförallt om att väga forskningskravet, det vill säga det goda som kan uppnås via ny kunskap mot individskyddet som innebär att skydda forskningspersonerna samt tredje person mot risker som forskningen kan innebära. Även risker för samhället, forskningssamhället och andra utomstående personer är av betydelse (Vetenskapsrådet, 2019). En kandidatuppsats har begränsade möjligheter till att vara till nytta för samhället, vilket innebär att individskyddet

blir än tyngre i avvägningen. Även att forskningen rör en utsatt grupp innebär att behovet av etisk reflektion blir större.

Att använda sex år gammalt material från en uppsats som påbörjats tillsammans med en annan student var en fråga som krävde etiska övervägande. Dels gällande ifall givna samtycken fortfarande var giltiga, dels ifall material som någon annan varit delaktig i skapandet av kan användas. Gällande samtyckena var själva intervjuerna redan gjorda. Det som kvarstod var att skriva en uppsatstext som sedan kommer att finnas kvar i obestämd framtid. Skillnaden för informanterna blir när uppsatstexten som sedan finns kvar skrivs. Den ökade risk för skada jag kan se som beror på att uppsatstexten skrivs 2021 är att informanterna inte kan ge feedback på ifall de uppfattar framställningen av dem som korrekt. Några informanter hade tackat ja till att ge responsvalidering. Detta var dock en fråga de fick och inte ett villkor från någon informant. Vetenskapsrådet (2019) rekommenderar att forskningspersoner får ta del av för dem negativa tolkningar innan publicering. Det går inte att garantera att ingen informant kommer att uppfatta framställningen som negativ, men uppsatstexten innehåller inte ifrågasättande av eller kritik mot informanterna. En idé hade kunnat vara att söka upp informanterna i efterhand och be om förnyat samtycke att använda tidigare insamlat material. Etiska skäl talat dock mot detta, särskilt när informanter som i denna studie inte lämnat fullständiga personuppgifter. Att ta kontakt flera år senare kan väcka obehag och innebär att förvänta sig en arbetsinsats av någon annan. Förnyat samtycke är inte heller nödvändigt ifall när studien är densamma som informanterna samtyckt till (Homan, 1991). Gällande medstudenten är den vägledande principen gentemot medforskare att öppet och ärligt redovisa deras medverkan (Vetenskapsrådet, 2017). Därför bedömer jag att det insamlade materialet kan användas under förutsättning att medstudentens delaktighet redovisas. Denna uppsatstext innebär inte heller att hon har berövats sin möjlighet att skriva en egen kandidatuppsats av samma material. Jag har valt att ta bort hennes privata mailadress och telefonnummer ifrån informationsblad och informationsdokument, eftersom hon inte samtyckt till att hennes kontaktuppgifter sprids offentligt. Hennes namn finns dock kvar, eftersom det är en förutsättning för att veta vem det är som varit delaktig. Användandet av materialet är även godkänt av min handledare.

Individskyddet innehåller fyra huvudkrav: *Informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentitetskravet* och *nyttjandekravet*. *Informationskravet* innebär att forskningspersonerna känner till och har förstått det som kan påverka deras vilja att delta. Det innebär kännedom om forskningens syfte, om vilka risker som finns samt kännedom om den egna rollens villkor

(Vetenskapsrådet, 2019). Informanter fick information i förhand, först i grupp genom ett kortare informationsblad och därefter ifall de visat intresse genom ett mer utförligt informationsdokument. Vi informerade om oss själva, institutionen, handledaren samt studiens syfte. Vi informerade om att deltagandet var frivilligt och när som helst kan avbrytas, dock inte efter att uppsatsen publicerats. Gällande risker informerade vi om att det kan vara emotionellt påfrestande att tala om egen erfarenhet av psykisk ohälsa samt gav vägledning till en jourtelefon ifall behov skulle uppstå.

*Samtyckeskravet* innebär att forskningspersonen beslutar om sin egen medverkan.

Vetenskapsrådet föreskriver att samtycke ska inhämtas i förhand vid intervju och efter att forskningspersonen fått information nog att fatta ett informerat samtycke. Deltagaren ska kunna avbryta sin medverkan samt besluta om hur länge och på vilka villkor personen ska medverka (Ibid). Studiens informanter lämnade skriftligt samtycke innan intervjun och sedan muntligt till intervjun och inspelning under intervjuns inledning. Inför intervjun gavs informanterna möjligheten att bestämma var de skulle intervjuas och via vilket medium för att öka det egna inflytandet och därmed möjligheten att intervjusituationen känns trygg.

Förutsättningarna för att ett informerat samtycke ska kunna anses giltigt är dels att deltagandet sker frivilligt utan påtryckningar, dels att forskningspersonen är kapabel att fatta ett rationellt beslut och att förstå informationen (Homan, 1991). Gällande frivilligheten är regeln att forskningspersonen inte få utsättas för otillbörlig påverkan och att beroendeförhållande inte får finnas (Vetenskapsrådet, 2019). En omständighet att reflektera kring var att vi valde att erbjuda informanterna ett presentkort på Åhléns på 150 kronor som ett tack. Vi ville visa uppskattning och hade inte som syfte att locka informanter, men det kan ses som en form av otillbörlig påverkan. Idag hade jag inte erbjudit presentkort och i alla fall inte berättat om det i förväg, för att minska risken för att någon ställde upp främst för att få presentkortet. Ingen som deltog efterfrågade själv presentkortet och vi uppfattade det som att alla deltog därför att de ville berätta om sina erfarenheter eftersom alla gjorde det under lång tid, utförligt och utan synligt obehag, men risken finns där ändå. När det gäller beroendeförhållanden och otillbörlig påverkan finns det vidare risk för att detta förelegat från andra personer än oss själva, eftersom vi fick tillgång till forskningspersoner via gate-keepers i föreningarna. Gatekeepers kan vara en risk eftersom det kan finnas en relation till de potentiella informanterna som gör att de ställer upp av lojalitet snarare än vilja (Nygren, 2012). Hur relationerna såg ut känner jag inte till, men informanterna valdes inte ut av en gatekeeper utan en större grupp fick allmän information om studien och de intresserade kontaktade sedan oss direkt, vilket kan



bedömas minska risken för ofrivilligt deltagande jämfört med om en gatekeeper ställer frågan personligen till potentiella deltagare. Gällande ifall informanterna kan bedömas ha förmåga att fatta rationella beslut så tillhör människor med psykisk ohälsa en av de grupper där det kan ifrågasättas. Vissa psykiatriska tillstånd kan tillfälligt innebära att beslutskompetensen är nedsatt, men i övrigt har människor med erfarenhet av psykisk ohälsa full beslutskompetens (Ibid). För att så långt som möjligt minska risken för nedsatt beslutskompetens valde vi att avgränsa urvalet till vuxna som inte varit inlagda för slutenvård det senaste året och som definierade sig som återhämtade. Vi valde även frivilligorganisationer för att söka informanter och valde bort sjukvården och socialtjänsten. Det eftersom frivilligorganisationer innebär att personen har kraft till en frivillig sysselsättning och vana av sociala sammanhang där personen kan vara öppen med sin bakgrund, vilket vi bedömde ökade sannolikheten för att intervjun inte skulle bli alltför emotionellt påfrestande. En kontakt via sjukvården eller socialtjänsten skulle också innebära ett tydligt beroendeförhållande och därmed en risk att deltagandet uppfattas som ett villkor för vård eller en social insats.

*Konfidentialitetskravet* innebär att forskningspersonernas personuppgifter ska skyddas mot att obehöriga får tillgång. Identifiering kan ske även oavsiktligt genom att exempelvis uppsatstexten innehåller identifieringsbara detaljer om forskningspersonerna (Vetenskapsrådet, 2019). Vad som är identifieringsbart för personens omgivning är svårt att veta som utomstående, därför kan aldrig full konfidentialitet aldrig utlovas, vilket vi undvek att göra. I uppsatstexten har information som kan vara avslöjande, men inte tillför analysen något utelämnats. Exempelvis använder jag benämningar som ”en sysselsättningsplats” istället för platsens namn. Jag har förvarat materialet i en lösenordskyddad dator som har förvarats i mitt hem. Jag vet dock inte hur min medstudent förvarat materialet, men hon hade samma information om konfidentialitet som jag. När det gäller organisationen som bjöd in oss till informationsmöte så valde vi att dela ut informationsblad till alla närvarande och även lämna kvar blad till icke-närvarande. Detta för att minska risken för att det skulle vara synligt för andra medlemmar i organisationerna vilka som planerade att delta. Vad som hände var dock att en del personer berättade för varandra att de planerade att delta och att samtliga informanter valde att genomföra intervjuerna i avskilda rum i föreningens lokaler. Det innebar att andra såg dem tillsammans med oss på intervjudagen och kommer att göra personerna mer lättidentifierade. Vi valde att godkänna intervjuer i föreningens lokaler eftersom informanterna uppenbart föredrog den trygga miljön framför en anonymare miljö. I detta avseende fick informanternas självbestämmande gå före konfidentialiteten.

*Nyttjandekravet* innebär att det insamlade materialet endast får användas till forskning och inte lämnas vidare till kommersiellt bruk eller andra syften inklusive beslut eller åtgärder gällande den enskilde informanten (Vetenskapsrådet, 2019). Det insamlade materialet har av mig endast använts till denna uppsats och inte lämnats vidare. Medstudenten har eventuellt material kvar och jag känner inte till hur det eventuellt har nyttjats.

Utöver individskyddets huvudkrav så tillhör forskningspersonerna en utsatt minoritet vilket innebär att det finns skäl särskild eftertanke gällande hur gruppen framställs och ifall forskning alls bör ske. En risk med att forska om en utsatt grupp är att peka ut och stigmatisera gruppen och bidra till fortsatt marginalisering. Samtidigt är att forska om en utsatt grupp ett verktyg för förändring genom att problematik synliggörs. Att avstå ifrån att tala för marginaliserade grupper är enligt Traustadóttir detsamma som att tysta gruppen, men det är viktigt att verkligen lyssna på det som sägs av gruppen för att kunna tala för den och att tänka på hur gruppen framställs. Viktigt i språket är att omnämna gruppen på ett inkluderande sätt, som en del av ett större *vi* som även forskaren tillhör, och att inte framställa gruppen som underlägsen (Traustadóttir, 2001). I min framställning har det varit viktigt att informanterna och gruppen de tillhör i första hand är människor och att deras psykiska ohälsa eller erfarenhet av psykisk ohälsa är en del av deras liv, men inte något som definierar dem som människor. Jag har valt att omnämna gruppen dels som person/människa, dels med utgångspunkt i situationer som mottagare av vård och stöd samt med uttryck som person med psykisk ohälsa. Den typen av uttryck gör den psykiska ohälsan till något personen har och inte något som personen är. Att informanterna vill bli bemötta som människor och inte som psykisk sjukdom framkommer också i studiens resultat.

## 4. Teoretiskt ramverk

Detta kapitel kommer att beskriva de teorier som har används för att analysera och fördjupa förståelsen av det som informanterna berättade om i sina intervjuer. Uppsatsens grundteori är Collins radikala mikrosociologi som han beskriver i verket *Interaction Ritual Chains* (2004). Teorin är vald eftersom den beskriver hur människors tänkande, känslor och beteende skapas ur de enskilda tillfällena av social interaktion, vilket bedöms vara relevant för uppsatsens frågeställningar om hur professionellas bemötande påverkat informanterna. Uppsatsens

tematiska analys visade att det som tydligast upplevs ha påverkat informanternas återhämtningsprocess var maktaspekter samt ifall informanternas självkänsla stärks eller kränks av de professionellas bemötande. Collins (2004) tar upp hur makt verkar på mikronivå samt hur social interaktion påverkar självkänslan. Det teoretiska ramverket innehåller även Scheffs emotionssociologi eftersom Collins (2004) bygger på Scheff i sitt resonemang kring självkänsla. Meads symboliska interaktionism ingår eftersom Collins (2004) grundbegrepp för hur social interaktion påverkar människor finns hos Mead. Flygare (2008) finns med eftersom han byggt vidare på Collins och skapat en teori om hur social interaktion kan befrämja att människor med allvarlig psykisk ohälsa återhämtar sig. Tews (2004) kompletterar det teoretiska ramverket eftersom han har analyserat makt på mikronivå med specifik inriktning på allvarlig psykisk ohälsa och återhämtning. Även begreppen mikroaggression och mikroaffirmation som beskriver hur makt kan verka på mikronivå gällande marginaliserade grupper finns med eftersom tidigare forskning kopplat begreppen till återhämtningsprocessen (Amsalem m.fl., 2018) (Topor m.fl., 2018).

Mikrosociologi utmärks av fokus på situationen och inte individen. Situationerna i vardagslivet skapar individen. Collins (2004) beskriver människans identitet som resultatet av samtliga ögonblick hon levt i sitt liv. Grunderna för hans förståelsen av hur det går till kommer från Meads symboliska interaktionism. Symbolisk interaktionism beskriver hur människor kommunicerar med gemensamma symboler, vilket kan vara exempelvis ord eller gester. När en symbol har fått en gemensam mening kan den användas i språket och förstås av andra. Kommunikationen mellan människor skapar sedan våra identiteter, symboler och sociala världar. Detta sker genom *rollövertagande*, vilket innebär att vi i interaktionen med andra tar över vad vi uppfattar vara den andres syn på oss själva, delvis ändrar vårt beteende efter vad vi tror att den andre förväntar sig och *internaliserar* detta som en del av vår egen identitet. För att ett rollövertagande ska vara möjligt krävs gemensamt fokus samt turtagning, vilket innebär kommunikation med rytmisk respons på varandra (Mead, 1934).

Collins (2004) ser internaliseringen som grunden för människans känsloliv. De situationer vi har varit i är laddade med olika *emotionella energier*. Positivt laddade situationer bidrar till skapandet av en positiv självbild. Collins bygger på emotionssociologen Scheff som har studerat känslor av stolthet och skam som uppstår vid rollövertagandet. Rollövertagandet innehåller dels en föreställning om hur vi framstår för den andre, dels en föreställning om den andres bedömning av oss. Ur detta skapas en känsla av skam när vi upplever oss negativt

sedda och bedömda och en känsla av stolthet när vi blir bekräftade eller upplever framgång. Känslorna kan sedan leda till en ändrad självkänsla. Stolthet och skam är de viktigaste känslorna för att påverka vår självkänsla (Scheff & Starrin, 2010).

De relationer vi har med andra människor innehåller känslor. Enligt Scheff (1997) reflekterar känslorna det *sociala bandet* mellan människor. Känslan av stolthet kommer ur ett tryggt och pålitligt socialt band där solidaritet och sammanhållning råder. Känslan av skam är en reaktion på att det sociala bandet är otryggt eller hotat. Ett tryggt socialt band utmärks av att personerna identifierar sig med varandra, förstår varandra och är engagerade i varandras känslor och tankar. I ett otryggt socialt band saknas detta helt eller delvis. Antingen är bandet svagt och innehåller ömsesidigt avvisande och ömsesidiga missförstånd eller så är bandet kvävande vilket innebär att åtminstone en part är accepterad endast genom att förneka delar av sig själv. Ofta är detta en underordnas part som kan ha förståelse för och identifikation med den överordnade, men som inte möts av samma sak tillbaka (Ibid). Collins (2004) lyfter fram turtagningens betydelse för att skapa ett starkt socialt band. Den rytmiska responsen visar att vi uppmärksammar varandra och bekräftar den andre. Att ge icke-respons som svar på någons kontaktförsök kommer oavsett om det är medvetet eller inte att bryta rytmen, göra så att den andre misslyckas och uppfattas som ett avvisande. Icke-responsen ökar makten hos den som inte svarar, medan den som gör kontaktförsök förlorar energi och riskerar sänkt självkänsla.

Scheff använder Meads begrepp *den generaliserade andre*. Den generaliserade andre är vår internaliserade bild av vår sociala grupps normer och syn på oss själva. Den internaliserade bilden är skapad ur tidigare enskilda interaktioner. Upplevelsen av hur vi förhåller oss till gruppnormerna leder till känslor av skam eller stolthet. Känslor av skam leder till beteendeförändringar i syfte att bli accepterad av gruppen, vilket kan innebära tillbakadragande eller att man minskar sitt eget värde och sina egna behov för att lättare bli accepterad. Att befinna sig i en socialt underordnad position kan därför innebära skam till följd av att ha internaliserat den dominanta gruppens syn på sig själv (Scheff & Starrin, 2010).

Det mest grundläggande för att förstå mänskliga gemenskaper är för Collins (2004) vad han benämner som *interaktionsritualer*. En interaktionsritual är situationer med kroppslig närhet, gemensamt fokus på samma objekt/aktivitet, delat emotionellt fokus, medvetenhet om varandras involvering samt en barriär mellan de som deltar och omvärlden. Interaktion-

sritualen fyller en funktion av att dels ge deltagarna emotionell energi, dels skapa sammanhållning och gruppsolidaritet genom gemensamma symboler och moral. Interaktionsritualer håller samman mänskliga gemenskaper och har en särskild betydelse när individer och grupper är utsatta för påfrestningar. Vardagen är full med interaktionsritualer, exempelvis att hälsa på varandra. Maktpositioner och status påverkar interaktionsritualer genom att den som har mest makt lättare överför emotioner till de andra och den som är underordnad lättare påverkas av de andra. Den som är överordnad är ofta fokuserad på organisationen och dess symboler, medan deltagarna är fokuserade på den överordnade. Dessa maktaspekter leder till att det gemensamma emotionella fokuset brister, vilket innebär att interaktionsritualen blir mer eller mindre ofullständig, vilket i sin tur leder till mer att de positiva effekterna mer eller mindre uteblir. En framgångsrik interaktionsritual har hög emotionell energi som effekt, vilket enligt Collins är synonymt med Scheffs begrepp stolthet, och ger självkänsla och initiativkraft. Effekten av en svag eller misslyckad interaktionsritual är motsatsen och synonymt med Scheffs begrepp skam. Den som har mest makt eller befinner sig mest i fokus i ritualen får mest energi, medan den underordnade behöver lägga mycket energi på att förstå vad den andre vill och agera efter det. Detta gäller speciellt när det föreligger tvång och den underordnade inte känner sig delaktig på riktigt. Situationen kan då upplevas dränerande på energi. Människors tidigare erfarenhet av interaktionsritualer kommer att påverka hur de agerar i och upplever framtida interaktionsritualer. Det innebär att den som tidigare haft makt och ofta fått emotionell energi tenderar att återskapa samma mönster, även utan formell maktposition. Enligt Collins leder återskapandet av tidigare erfarenheter till att emotionell energi blir en ojämnt fördelad resurs i samhället som i högre grad tillfaller socioekonomisk gynnande och ger dem känslan av att ha rätt till sin position.

Flygare (2008) utgår ifrån Collins och lanserar begreppet *läkande relationer*. Han riktar sig till professionella som arbetar med människor med allvarlig psykisk ohälsa, men beskriver en läkande relation som en social relation mellan människor som kan uppstå i många sammanhang. Relationen skapas genom återkommande framgångsrika interaktionsritualer, där det utmärkande är att det är personen som ska läka som är objektet för gemensamt fokus samtidigt som personen är en deltagare. Relationen innehåller ett ömsesidigt presenterande av ett själv, vilket betyder att även den professionelle är personlig och i någon mån berättar saker om sig själv. Detta bidrar till att stärka det emotionella fokuset och göra interaktionsritualerna mer verksamma. Flygare tar inte upp maktaspekten, men talar om läkande relationer i professionella sammanhang som vänskapsliknande, vilket utmanar gränserna för vad som

normalt ses som professionellt beteende. Resultatet av den läkande relationens interaktionsritualer blir att ett emotionellt band skapas och att den läkande personen får emotionell energi, stolthet och hopp. Flygare menar att emotionell energi kan sätta igång handling samt organisering av tankar, vilket kan leda mot återhämtning. Läkande relationer bidrar även till att den enskilde får lättare att orientera sig i den sociala världen och då kan skapa fler relationer till betydelsefulla andra och finna meningsfulla sammanhang (Flygare, 2008).

Tew (2004) har analyserat makt i relation till allvarlig psykisk ohälsa och återhämtning. Han menar att allvarlig psykisk ohälsa oftast innehåller upplevelser av maktlöshet och makt, att makt spelar roll för professionellas bemötande samt att återhämtningsprocessen kan ses som ett övervinnande av maktlöshet. Tew delar synen på makt med Foucault (1987) eftersom han ser makt som något i grunden produktivt som också kan vara hindrande. Tew definierar makt som en relation mellan människor som kan öppna upp eller stänga möjligheter för individer och sociala grupper. Han har utvecklat ett ramverk för att förstå makt ifrån två variabler. Dels ifall makten är en *produktiv* möjliggörare eller *hindrande*, dels ifall makten är *makt över* eller *makt tillsammans*. Makt över innehåller över- och underordning. De två variablerna bildar fyra former av makt. Först *skyddande makt* som är en produktiv makt över. Skyddande makt skyddar de sårbara och ökar deras möjlighet till progression. För att den skyddande makten verkligen ska vara skyddande och inte förtryckande så behöver den utgå ifrån personens egna önskningar och ge utrymme för att personen ska utveckla sin egen förmåga att ta makt. Den hindrande makten över är en *förtryckande makt*. Den som är konstruerad som annorlunda och underordnad exploateras och den överordnande ökar sin position och sina resurser. Produktiv makt tillsammans är en *samverkande makt*. Samverkande makt finns i gemensam handling och ömsesidigt stöd. Den hindrande makten tillsammans är en *isolerande makt* och innebär att sluta sig tillsammans mot omvärlden. De bägge formerna av makt tillsammans är vanliga strategier bland grupper som diskrimineras och innebär att ens olikhet är en tillgång och inte underordnad. När ett helt samhälle är organiserat i över- och underordning så har det en negativ effekt på den psykiska hälsan i de grupper som konstrueras som annorlunda och underordnade eftersom förtryck av gruppen legitimeras. Utöver öppen diskriminering kan ojämlikhet leda till vardagligt beteende som verkar förtryckande. De fyra former av makt verkar dels i vardaglig mänsklig interaktion, dels kan de internaliseras och bli en del av vår identitet. Tew menar att när vi människor stöter på en extern definition av något som har med oss själva att göra som innehåller mycket makt så är det svårt att undvika att internalisera det som en identitet som exempelvis psykiskt sjuk. Även erfarenheter av maktrelationer

internaliseras och påverkar personens förmåga att i framtiden ha andra relationer. Att samla på sig erfarenhet av att ha skyddande och samverkande relationer kan därför bidra till en återhämtningsprocess. Återhämtning innebär för Tew att återta en plats i det sociala system man varit utesluten ifrån och återta kontrollen över sitt liv. Processen är delvis extern, delvis intern och den interna delen innehåller att identifiera begränsande mönster och överge dem för att kunna lämna maktlösheten. Processen tar ofta tid och en början kan vara att ta en mer aktiv roll i relationen till professionella och vara mer delaktig i beslut och planering (Tew, 2004).

*Mikroaggressioner* är ett begrepp som används för att beskriva maktutövning i vardagen mot diskriminerade grupper, som exempelvis människor med psykisk ohälsa (Gonzales, Davidoff, Nadal, & Yanos, 2015). En mikroaggression är ett subtilt sätt att medvetet eller omedvetet kommunicera exkludering, nedvärdering och förolämpningar till en grupp utan att på ett tydligt och öppet sätt diskriminera. Mikroaggressioner kan vara omärkliga för den som inte tillhör målgruppen, men de som gör det är ofta mycket känsliga och uppfattar budskapet (Egidius, u.å.). Mikroaggressioner bidrar effektivt till att reproducera ojämlikhet och påverkar ofta måltavlan starkt samtidigt som den som utövar mikroaggressionen ofta är omedveten om det eller ser mikroaggressionen som något trivialt (Charmaz, Irvine, & Harris, 2019).

En *mikroaffirmation* är ett motmaksmedel mot förtryck av diskriminerade grupper. Även mikroaffirmationer är subtil kommunikation i vardagen som kan vara medveten eller omedveten, men som stödjer andra i att lyckas och stärker deras självkänsla. En mikroaffirmation kommunicerar omtanke, uppmuntran, givmildhet och nya möjligheter till den mikroaffirmationen riktas mot (Rowe, 2008).

## 5 Resultat och analys

Detta kapitel presenterar de sju teman som har framkommit i intervjuerna. Varje tema har analyserats med ett mikrosociologiskt perspektiv och tidigare forskning och beskriver en aspekt av professionellas bemötande som av informanterna har upplevts som att den befrämjat eller hindrat deras återhämtningsprocess.

## 5.1 Att kunna bestämma själv

Samtliga av uppsatsens informanter tog upp att själv kunna fatta beslut och få dem respekterade som något som befrämjat deras återhämtningsprocess. Samtliga av uppsatsens informanter tog även upp olika uttryck för maktutövning som tvång och kontroll som något som hindrat deras återhämtningsprocess. *Emma* berättade om en insats som hon blev beviljad utan att ha varit delaktig i beslutet:

Jag blev beviljad boendestöd, för det hade sjukhuset sagt att jag skulle ha, för att de skulle hålla koll på att jag skulle *äta*...Så jag hade boendestödare som kom fem dagar i veckan, två timmar, och då lagade jag mat inför dem, och så såg de så att jag åt. Denna åtgärd var inte bra överhuvudtaget...För jag hade inte struktur, och jag fick inte struktur...det är som om jag skulle så här plötsligt bara börja förändra vissa beteendemönster...Det funkar liksom inte.

En tolkning av citatet är att Emma beskriver att hon upplevde boendestödsinsatsen som kontroll över henne för att hon skulle börja bete sig som sjukvården ville. Hon upplevde inte att insatsen hjälpte henne med att utveckla den egna förmågan till att skapa struktur så att hon på sikt själv skulle kunna börja äta regelbundet.

Emma berättade även om en positiv erfarenhet av att vara delaktig i planeringen av sin vård och slippa tvång:

när jag fick slutenvård så kunde jag säga ”nej jag vill inte ha några mediciner”. Och det var väldigt viktigt i och med att jag hade så dålig relation till vården innan, att jag kunde säga nej...Men sen hade jag kanske en eller två efter det en stund...Men då var det ändå i samråd med *mig*. Och oftast kunde jag säga nej.

Av citatet framkommer att det för Emma var positivt och viktigt att kunna fatta egna beslut om sin vård. Betydelsen av att den enskilde är delaktig i beslut om sig själv är välbelagd i tidigare forskning. Borg och Kristiansen (2004) tar upp förmågan att dela med sig av makten som en av de gemensamma faktorer som stödjer en återhämtningsprocess och en del av deras slutsatser är att återhämtning befrämjas av att bli bemött som en medmänniska i ett samarbete. De menar dels att delaktighet innebär att personens egen levda erfarenhet tas tillvara, dels att



återhämtning är en process som innebär eget agerande och som därför inte är möjlig utan att personen själv är aktiv. Att ingen återhämtning sker när den enskilde inte är delaktig är något som kan ses i Emmas erfarenhet av boendestödet. Emma verkar inte uppleva att hon själv är aktiv, utan att hon bara gör som andra vill, och hon ändrar inte heller beteende på något djupgående sätt som kan finnas kvar när den yttre kontrollen är borta.

Vad som befrämjar återhämtningen i ett bemötande där den enskilde kan fatta egna beslut kan även genom Tews (2004) maktanalys. Kontakten mellan en professionell inom människo-behandlande organisationer och patienten/klienten innebär alltid en maktasymmetri (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Det innebär att de två av Tews (2004) maktrelationer som kan vara användbara för att analysera kontakter med professionella är den skyddande makten och den förtryckande makten, eftersom bägge bygger på över- och underordning. Den skyddande makten är bara möjlig ifall makten utgår ifrån den underordnade personens önskningar och ger utrymme för att utveckla den egna kapaciteten att ta makt. Ifall detta inte sker blir makten förtryckande. En analys är därför att för att maktutövningen i en vård/stöd-kontakt ska kunna utgå ifrån den enskildes önskningar så behöver personen själv vara delaktig i att fatta beslut och planera sin egen återhämtning. Utan detta riskerar en förtryckande makt att skapas. Tew (2004) beskriver vidare att det kan ha konsekvenser för återhämtningsprocessen ifall en skyddande eller förtryckande makt skapas. Han menar att erfarenheterna av maktrelationerna internaliseras och att en erfarenhet av produktiv skyddande makt ökar förutsättningarna för att kunna återta kontrollen över sig själv och sitt liv. Att återta kontrollen över sig själv och sitt liv är Tews definition av återhämtning, och även en del av uppsatsens definition av återhämtning. Emma beskriver också att hon inte fick någon egen struktur av insatsen som hon inte var delaktig i beslutet om och att insatsen inte fungerade för att ändra beteendemönster.

Situationer som i likhet med de Emma beskriver innebär fysiska möten med en professionell kan analyseras med Collins (2004) begrepp interaktionsritual eftersom mötet vanligen sker fysiskt nära i en avgränsad situation och med gemensamt fokus på den enskildes hälsa och/eller livssituation. Det innebär att Collins definition av en interaktionsritual är uppfylld. En interaktionsritual bör enligt Collins (2004) även ha ett gemensamt emotionellt fokus för att vara fullständig och ger då ökad emotionell energi som effekt, vilket kan leda till ökad initiativkraft och självkänsla som följd. Maktasymmetri i interaktionsritualen kan minska det gemensamma emotionella fokuset, vilket leder till att interaktionsritualen blir mer eller

mindre ofullständig. Det påverkar främst den underordnade negativt genom att personen får låg emotionell energi och riskerar sänkt självkänsla. Speciellt tvång kan dränera den utsatte på energi (Ibid). En analys är att risken för ofullständiga interaktionsritualer oftast finns för den som är patient/klient eftersom mötena med den professionelle innehåller en maktasymmetri. Låg emotionell energi och risk för sänkt självkänsla beskriver en dålig känsla och en risk för skada. Den emotionella energins betydelse för återhämtningen kan förstås genom Flygare (2008) som beskriver att ökad emotionell energi kan sätta igång återhämtningsbefrämjande handlingar. En rimlig slutsats från detta bör vara att sänkt emotionell energi minskar sannolikheten för återhämtningsbefrämjande handlingar. Flygare (2008) beskriver vidare att läkande kommer ur återkommande fullständiga interaktionsritualer som utmärks av att den som ska läka både är deltagare och den som befinner sig i det gemensamma fokuset. En tolkning med utgångspunkt från Flygare är att när både den enskilde och den professionelle gemensamt är engagerade i beslut och planering gällande den enskilde så är den enskilde både deltagare och befinner sig i det gemensamma fokuset. Det innebär enligt Flygare en större sannolikhet för en fullständig interaktionsritual, som är det som ger ökad emotionell energi.

Sammanfattningsvis befrämjas återhämtning av att vara delaktig i beslutsfattande och planering gällande en själv. Detta eftersom eget agerande är en förutsättning för att återhämtning ska vara möjlig. Möten med utrymme för att själv ta makt kan internaliseras och bidra till att öka den egna förmåga att ta makt över sitt liv, vilket är detsamma som återhämtning. Möten med delaktighet har också större sannolikhet att ge ökad självkänsla, vilket kan bidra till att skapa initiativkraft till återhämtningsbefrämjande handlingar.

## **5.2 Att visa hänsyn till situationen**

Hälften av informanterna tog upp att psykisk ohälsa innebär en extra sårbarhet för dåligt bemötande i mötena med professionella och relaterade detta till makt. *Sofie* berättade:

När jag var sämre, då tänkte jag jättemycket på såna här maktsaker och var det minsta, minsta lilla obalans så blev jag väldigt upprörd...Det kan bara vara så att en liten överlägsen ton, eller att man *här är det jag som bestämmer*, att det gör hela tiden någonting med mig.

Citatet kan analyseras med begreppet mikroaggressioner som är en form av förtryckande maktutövande i form av subtila budskap som riktar sig till personer i minoritetsgrupper och som orsakar stress och maktlöshetskänslor hos mottagaren (Amsalem et. al, 2018). Sofie berättade om just subtila budskap om den andres överlägsenhet som hon uppfattade i interaktion med professionella. Hon uppgav att hon blev påverkad som människa och att hon märkte budskapen mer när hennes psykiska hälsa var sämre. De som tillhör målgruppen för en mikroaggression är ofta känsliga för budskapet (Egidius, u.å.). Sofies utsaga kan analyseras som att hon idag inte är utsatt för eller påverkas av mikroaggressioner mot människor med psykisk ohälsa eftersom att hon inte längre tydligt tillhör dessa mikroaggressioners målgrupp. Mikroaggressioner riskerar att internaliseras och kan då påverka en återhämtningsprocess negativt genom att förmågan att vara aktiv agent i sin egen återhämtning minskar (Amsalem et. al, 2018).

Sofie påpekade även riktat till professionella:

Väldigt mycket är väl att man förstår liksom vilken påverkan man gör på en person, för man är i en väldigt väldigt utsatt position i sitt liv, mig som person och mig som människa som det handlar om, och att det är så extremt utsatt till exempel när jag fick diagnosen depression typ...och så träffar man alla dom här som säger att man är deprimerad eller, och då tänker jag på mig själv som jag är en tråkig person, eller som bara är ledsen hela tiden.

Vad Sofie framför kan kopplas till Tew (2004) som menar att tillhörighet till en i samhället underordnad grupp innebär en ökad risk för innebär att utsättas för vardagligt beteende som kan verka förtryckande. Uppsatsen analyserar begreppet mikroaggressioner som något som beskriver en stor del av detta vardagliga förtryckande beteende, eftersom mikroaggressioner kan definieras som just vardagligt beteende som kan verka förtryckande (Gonzales et. al, 2015). Tew (2004) menar även att när vi människor stöter på en extern definition av något som har med oss själva att göra som innehåller mycket makt så är det svårt att undvika att internalisera det som en identitet. En analys är att Sofie berättade om återkommande mikroaggressioner som förmedlat budskapet om att hon är sin diagnos. Skillnaden i makt mellan henne och den professionelle är så stor att ett uttalande om hennes psyke blir en form av uttalande om henne som person som internaliseras som en identitet. I detta fallet en negativ identitet som speglar att ha upplevt sig bli negativt sedd och bedömd i interaktionen, vilket

Scheff och Starrin (2010) menar orsakar en skamkänsla och risk för en negativ påverkan på självkänslan. Collins (2004) ser denna skamkänsla som synonym med låg emotionell energi, något som enligt Flygare (2008) innebär minskade möjligheter att återhämta sig.

*BTP* berättade om dåligt bemötande som han upplevt och menade att det hade kunnat skada honom mycket ifall det skett när han var som sämst eller ifall det drabbat någon annan svagare. Han uppgav dock att han klarat dessa situationer utan skada och gav en förklaring:

Jag har den bakgrunden som jag har som företagare och chef i storkoncern...Men det är inte alla som har den bakgrunden så att de kan ta sig tillbaka, dit där jag är nu...Hade jag inte varit den jag är med den bakgrunden som jag har, så hade jag förmodligen blivit överkörd.

Med den bakgrund som jag har...har jag då också en möjlighet att själv kunna uppträda så att jag kan skapa relationer...jag är heller inte rädd att gå in i en grej.

En tolkning av dessa uttalanden är att *BTP* menade att han och andra med långvarig psykisk ohälsa hamnar i underordnade och utsatta situationer i kontakten med professionella där de kan ta skada, men att något som påverkar ifall de tar skada eller inte är vilken tidigare livserfarenhet den enskilde har. Collins (2004) beskriver en människas identitet som summan av samtliga ögonblick hon levt i sitt liv och att tidigare erfarenhet av att ha makt och få hög emotionell energi i en interaktionsritual gör det lättare att återskapa erfarenheten i nya situationer. Personer som *BTP* bör därför ha lättare att undvika att interaktionsritualer ger låg emotionell energi. Tew (2004) tar upp att tidigare erfarenheter av maktrelationer internaliseras som en del av vår identitet och påverkar vår framtida förmåga att ha relationer. Han ser att samla på sig nya erfarenheter av relationer med produktiv makt och internalisera dem som en viktig del av återhämtningsprocessen. En analys är att *BTP* som har stor erfarenhet av för honom positiva maktrelationer bör ha lättare för att få nya goda erfarenheter och har en kortare väg till återhämtning.

Som *BTP* tar upp har många med långvarig psykisk ohälsa inte hans bakgrund och är därför mer sårbara i situationer med maktasymmetri. En analys är att en människa som har få tidigare erfarenheter av relationer med produktiv makt och dålig självkänsla löper ökad risk att få fler dåliga erfarenheter av bemötande och även lättare internaliserar psykisk sjukdom

som en identitet och inte som ett tillfälligt tillstånd av ohälsa i en begränsad del av sig själv. Kombinationen av att ha internaliserat psykisk sjukdom som en identitet, göra nya negativa erfarenheter och ha svårt att göra positiva erfarenheter bör väsentligt försvåra möjligheterna till återhämtning och mönstret bör vara svårare att bryta desto längre tid det funnits. I dessa fall med långvarig allvarig psykisk ohälsa blir det därför extra angeläget att försöka skapa nya positiva erfarenheter och på så sätt ta hänsyn till den enskildes situation.

Sammanfattningsvis framkommer det att informanterna har upplevt att långvarig psykisk ohälsa innebär en extra sårbarhet för professionellas maktutövning. Den extra sårbarheten kan hänga samman med tillhörighet till en i samhället underordnad grupp, underordnad position i mötet med den professionelle och eventuell livshistoria med många erfarenheter av att sakna makt. Den maktutövning som sker via bemötande kan ske via subtila signaler i kommunikationen, något som riskerar att påverka personens identitet och självkänsla negativt vilket kan påverka återhämtningsprocessen negativt.

### **5.3 Att bli sedd**

I majoriteten av intervjuerna framkom temat att bli sedd som handlar om upplevelsen och betydelsen av att bli sedd genom uppmuntran, bekräftelse och genom att vara den som är i fokus för den professionellas uppmärksamhet.

*Emma* berättade om uppmuntran som hon fick ifrån en handledare på en sysselsättningsplats:

Du vet från ingenstans så säger han ”Emma du kommer att komma på en idé som gör att 200 långtidsarbetslösa får jobb”. Alltså helt otroligt så, alltså utifrån mina yttre faktorer, men han kanske har sett andra.

Emma kom strax därefter på en idé om hur långtidsarbetslösa kan få arbete och sökte stöd för att starta eget företag på arbetsförmedlingen. Hon berättade om mötet med arbetsförmedlingens coach och responsen hon fick efter att ha redogjort för sin bakgrund med långvarig psykisk ohälsa och ingen arbetslivserfarenhet:

”Ja, du har företagarekvalité” liksom så där. Och det var så kul för då hade jag själv förminskat mig...men hon ”men du har gjort så himla mycket” liksom, så där, just

därför att jag kunde leverera en massa erfarenheter, och särskilt så här när jag förklarade hur det gick till att skaffa bostad i Växjö, för jag har ändå utsatt mig, och det är väl det som hon menade och, ja, så nu arbetar jag med det trots att jag har väldigt allvarlig problematik.

I citatet framkommer att coachen har gett positiv uppmärksamhet till Emmas styrkor utan att förneka att hennes svagheter finns. En tolkning är att både handledaren och coachen har gett Emma stolthet och ökad tro på sig själv och framtiden. I bägge fallen följer aktiv handling efter den sociala interaktionen, vilket kan analyseras som att Emma fått ökad energi och handlingskraft. En analys av vad som har skett är att handledaren och coachen gett Emma mikroaffirmationer. En mikroaffirmation är ett motmacksmedel till utsatta grupper och kommunicerar enligt Rowe (2008) omtanke, uppmuntran givmildhet och nya möjligheter till mottagaren. Rowe menar att mikroaffirmationerna fokuserar på den andres styrkor och framgång och kan bestå av konsekvent och tydlig feedback som hjälper en person att bygga styrka och hantera svagheter. Effekten ligger i emotionell påverkan som hjälper den andre att bli framgångsrik och må bra under tiden. Vad Emma tar emot i citaten ovan är feedback med fokus på hennes styrkor och framtida framgång som uppmuntrar henne och öppnar nya möjligheter. Citaten kan därför förstås som mikroaffirmationer.

Topor et. al. (2018) föreslår att betydelsen av mikroaffirmationer kan ligga i social solidaritet och maktasymmetrin mellan professionell och klient/patient. Detta skulle kunna förstås genom Collins interaktionsritualer som har social solidaritet som en effekt av en framgångsrik ritual och där maktaspekter spelar roll (Collins, 2004). Vad som händer kan förstås som att Emma i ett rollövertagande upplever sig sedd med positiv blick och bedömd positivt, vilket leder till stolthet och förbättrad självkänsla. Känslan av stolthet är synonymt med en lyckad interaktionsritual som har ökad emotionell energi som konsekvens och ger ökad initiativkraft (Ibid). I citaten har den uppmuntran som Emma fått också följts av handling. Det är en handling som syftar till att återta kontrollen över sitt liv och till att ta en plats i samhället och därför kan handlingen förstås som en del i återhämningsprocessen.

Motsatsen till att bli sedd är att inte bli sedd. *Sofie* berättade om en upplevelse av att inte ha blivit sedd på en sysselsättningsplats:

de hjälper på ett sätt som känns som att de hjälper sig själva, eller känna sig god, det är mycket som kan kännas obehagligt liksom...ibland så har jag upplevt det så att, att jag inte riktigt blir sedd och sen så känns det som att den andra känner sig god över att den hjälper mig, fastän att jag inte känner att den riktigt gör det.

Sofie fortsatte resonemanget och talar om en specifik professionell ”det var mer för henne, att hon skulle ha ett bekvämt arbete typ”.

Emma berättade om en liknande erfarenhet som skett i svenska kyrkan och kommenterar den med ”jag kände mig utnyttjad av kyrkan...De vill ha mig som en del i statistiken, för de vill ha någon tilltufsad människa”.

Citaten ovan handlar inte bara om att inte ha blivit uppmärksammas, utan det framkommer att den professionelle ställt sina personliga egenintressen främst på ett sätt som gått ut över mottagen. En analys av vad som skett och gett upplevelsen av att inte ha blivit sedd är att informanterna hade förväntat sig att i mötet med den professionelle vara i centrum och vara den vars behov och process är det viktiga. Förväntan kan förstås ifrån Flygares begrepp läkande relationer (2008) där det utmärkande är att den läkande relationen består av återkommande interaktionsritualer där personen som ska läka både är deltagare och objektet för gemensamt fokus. Ett bemötande kan analyseras som ett en enskild interaktionsritual i en kedja som kan skapa en relation. Enligt Collins (2004) innebär att vara i fokus att sannolikheten att få ökad emotionell energi som konsekvens av interaktionsritualen ökar. Annars är det den som har makt som får mest energi, eller är den ende som får energi. En analys är därför att när informanterna inte fått vara i centrum så blir följden interaktionsritualer som främst är till nytta för den professionelle, eftersom den professionelle är den som har mest makt.

Sammantaget kan upplevelsen av att bli sedd förstås som att vara i fokus för den professionelles uppmärksamhet och få nya möjligheter öppnade för sig och styrkor uppmärksammas. Detta ger ökad självkänsla och initiativkraft vilket kan leda till återhämtningsbefrämjande handlingar. Upplevelsen av att bli sedd motverkas av att den enskilde inte är i fokus under möten med den professionelle, vilket leder till att mötena främst stärker den professionelle själv.

## 5.4 Att bli lyssnad på

I majoriteten av intervjuerna framkom temat att bli lyssnad på som handlar om att den enskilde har kommunicerat något, oftast för att man vill något och förväntar sig att budskapet når fram och resulterar i ett adekvat svar.

*Jocke* berättade om sina två bästa relationer till professionella:

hade dom inte vart där dom var då, hade jag inte heller suttit här...Dom har ju fått mitt professionella Nobelpris, som jag säger till dom, nästan varje gång jag ser och träffar dom...För dom trodde ju på mig va...han lyssnade på mig, det är som man säger, dom hör ju vad man säger men det är få som lyssnar

Jocke hade vid intervjutillfället kontakt med de som tidigare var hans socialsekreterare genom sitt arbete. Jocke svarade under sin intervju på frågan om vad det innebär att lyssna genom att berätta om när han utanför kontorstid lämnat ett meddelande till sin dåvarande socialsekreterare om att han blivit utskriven ifrån sitt boende och snabbt behövde någon annanstans att sova, men endast hade blivit erbjuden plats på akutboendet Vägskalet. Jocke upplevde att han var alltför skör för miljön på akutboendet och att han inte kunde bo där. Jocke berättade om socialsekreterarens svar:

Den 28e ringer han, kvart över 09 på morgonen, jag får gåshud, och säger ”hur är det Jocke?” Ja, jag berättade då, smet ju in och jag har gjort fel och så, ”vart bor du?” Dom vill ha mig på Vägskalet. ”Va fan säger du, Vägskalet, du skall inte dit för i helvete”...”jag ringer dig snart”. Det tog väl 20 minuter en halvtimme, så ringer han ”du nu har jag bokat in dig på hotell...du skall bo där och inte på Vägskalet” sa han. Han fattade ju det.

I citatet framkommer att socialsekreteraren har trott på Jocke, tagit honom på allvar, förstått honom och varit tillgänglig. Jocke likställde detta med att lyssna.

När *Marie-Louise* beskrev det hon uppskattade mest med sin psykiatrikontakt så var det att hon fick snabba svar när hon hörde av sig:



Jag vet, ju just bara den tanken, att jag vet att det finns. Skulle jag skicka ett sms till den här sköterskan och säga ”att nu är det nått fel här”, kanske behöver någon annan medicin, så kontaktar hon ju läkaren med en gång.

I citatet framkommer att det är en trygghet att veta att svar kommer att komma snabbt och adekvat. I tidigare forskning framkommer *att vara tillgänglig när det behövs* som en av de gemensamma faktorer som utmärker en hjälpande relation (Borg & Kristiansen, 2004). Faktorn handlade inte bara om tid utan även om en känslighet för individuella behov, särskilt de som upplevs akuta. Både snabbhet i svar och känslighet för individuella behov kan relateras till Jockes berättelse om vad som gav honom upplevelsen av att vara lyssnad på och Marie-Louise utsaga om vad som ger henne trygghet i psykiatrikontakten.

En vidare analys är att det bemötande som Jocke och Marie-Louise fått innehåller drag som utmärker ett tryggt socialt band och saknar kännetecken på ett otryggt socialt band. Ett tryggt socialt band utmärks av förståelse och engagemang medan ett otryggt socialt band innehåller avvisande, misstro och missförstånd. Ett tryggt socialt band kan ge stolthet och påverka självkänslan positivt, medan ett otryggt band kan ge skam och påverka självkänslan negativt (Scheff, 1997). Av betydelse för att skapa ett tryggt socialt band är turtagningen där vi människor genom att ge respons på varandras kommunikation visar att vi har uppmärksammat och bekräftar varandra (Collins, 2004). En analys är att de professionella genom att svara snabbt och med ett engagemang som motsvarar hur den enskilde upplevt situationen har gett en respons på informanternas kommunikation som uppfattats som en adekvat respons och därmed stärkt det sociala bandet.

När det gäller att inte blir lyssnad på så berättade flera informanter om en upplevelse av att bli mindre lyssnad på efter att deras erfarenhet av psykisk ohälsa eller missbruk blivit känd. *BTP* berättade om när han träffade en läkare och bad om att bli undersökt eftersom han upplevt symtom på en fysisk sjukdom:

så tittade hon i papperna ”aha du har druckit en massa sprit så du har hamnat på sjukhus, men då får du skylla dig själv” och så slog hon igen

*BTP* beskrev i citatet misstro och ett avvisande i kommunikationen och att det var en följd av att läkaren fick kännedom om att han missbrukat samtidigt som han led av allvarlig psykisk

ohälsa. Enligt Amsalem et. al. (2018) är det en mikroaggression när patientens psykiska ohälsa används som skäl för att inte lyssna. Det avvisande och den misstro som BTP beskrev är också utmärkande drag för det tidigare beskrivna otrygga sociala bandet.

Något annat som informanterna beskrev som att det ger en upplevelse av att inte bli lyssnad på är brist på tillgänglighet. *Jonas* berättade ”Jag mailade, ringde och var nere i en månads tid innan min handläggare svarade” och beskrev hur hans panik, desperation och uppgivenhet växte. Vad som skett kan analyseras som att Jonas upplevt att han blivit ignorerad när han inte fått respons på sina kontaktförsök. Enligt Collins (2004) spelar det ingen roll ifall de uteblivna svaren är medvetna eller inte, oavsett skäl så bryter de den rytmiska responsen och kommer att göra så att den som försöker ta kontakt misslyckas och upplever ett avvisande, något som försvagar det sociala bandet och innebär en risk för en skamkänsla och sänkt självkänsla för den som försöker få kontakt.

Ytterligare en aspekt gällande att inte bli lyssnad på är att den skyddande makten, som är en makt som befrämjar att den enskilde kan återta makten över sitt liv och återhämta sig, bara är möjlig ifall den utgår ifrån personens egna önskningar. En maktrelation som inte är skyddande blir förtryckande (Tew, 2004). En professionell kontakt med en hjälpsökande person innebär vanligen makt över personen (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). En analys är att ifall den professionelle inte lyssnar så blir den hjälpsökande personens egna önskningar aldrig kända, vilket leder till att en skyddande makt inte är möjlig att skapa och istället kan en förtryckande makt skapas.

Sammanfattningsvis handlar temat att bli lyssnad på om att ha kommunicerat en vilja och förvänta sig att bli hörd och få ett gensvar. Upplevelsen av att bli lyssnad på befrämjar tillgänglighet, känslighet för individuella behov, förståelse och engagemang. Upplevelsen av att inte bli lyssnad på kommer ur uteblivna svar, avvisanden, misstro och missförstånd. Att vara en person med känd psykisk ohälsa kan leda till erfarenheter av att bli mindre trodd på och mindre lyssnad på. Att uppleva sig bli lyssnad på har emotionella effekter som befrämjar återhämtningen eftersom det kan stärka självkänslan. Att lyssna möjliggör även att den enskildes egna önskningar bli kända, vilket är en förutsättning för att relationen till den professionelle ska vara en med skyddande makt, något som befrämjar återhämtning.

## 5.5 Att få information

Fyra av informanterna tog upp betydelsen av att få information av den professionelle. Att få information handlar om att den professionelle delar med sig av sina resurser i form av kunskap som är betydelsefull för den enskilde. Framförallt handlar det om kunskap om vilka rättigheter och skyldigheter personen har inom människobehandlande organisationer och i samhället och vad som behöver göras för att få ta del av rättigheterna.

Ett exempel är *Sofie* som berättade om att inte ha fått veta om rättigheter och möjligheter som hon haft:

man upptäcker ju saker hela tiden som man kunde haft rätt till liksom...jag har en kompis hon går i sån, vad hette det sjukgymnastik, eller kroppskännedom, och det skulle jag egentligen vilja testa om det skulle kunna hjälpa mig, men det är ju liksom ingen på psykiatrin som har berättat om den möjligheten...Det hade ju varit jättebra om jag bara fick liksom fått veta alla dom här möjligheterna finns eller, och så hade jag kunnat bestämma lite själv över det. Det hade ju hjälpt jättemycket.

I citatet framkommer att utebliven information begränsat Sofies möjligheter att göra egna val och vara delaktig i sin planering. Hennes möjligheter att få tillgång till resurser som skulle kunna stödja hennes återhämtning kan också ha begränsats.

Amsalem et. al. (2018) menar att det är en mikroaggression när det inte ses som nödvändigt att informera patienten om medicinsk kunskap eller diskutera behandling med patienten. Mikroaggressionen förmedlar budskapet att mottagaren inte är kapabel att delta i planeringen av sin behandling. Budskapet riskerar att internaliseras och ger då en upplevelse av att inte vara kapabel att vara aktiv agent i sin egen återhämtning och sitt eget liv, vilket riskerar att minska tilltron till den egna förmågan och därmed försvåra återhämtningen som förutsätter eget agerande.

Uppsatsens analys är att ovanstående mikroaggression kan utvidgas till att handla om all information som är relevant för återhämtningsprocessen som finns hos professionella i alla människovårdande organisationer som människor med erfarenhet av psykisk ohälsa möter. Att inte ge relevant information blir ett subtilt sätt att exkludera den enskilde från att vara

delaktig i sin egen planering, eftersom den som aldrig har fått relevant information dels saknar faktiskt möjlighet att vara delaktig i planeringen, dels riskerar att tappa tilltron till sin egen förmåga att vara delaktig.

Den förlorade möjligheten att vara delaktig i sin egen planering kan även analyseras ifrån Tews (2004) begrepp den skyddande makten och att den förutsätter att personen i makt-position utgår ifrån den underordnades egna önskningar och ger utrymme för att kunna utveckla kapacitet till att ta makt på egen hand. Uppsatsens analys är ett sätt att involvera den enskilde och ge möjlighet till egna val är att den professionelle delger relevant information om vilka möjligheter som finns. Ett sådant bemötande kommer att öka möjligheterna för den skyddande makten att skapas. Enligt Tew (2004) bidrar den skyddande makten till återhämtningen genom att ge erfarenhet av en produktiv makt, vilket när det internaliseras ökar den enskildes möjligheter att vara aktiv i sin återhämtning, skapa andra relationer med produktiv makt och återta makten över sig själv och sitt liv.

Enligt Tew (2004) är en konsekvens av att ett helt samhälle är organiserat i över- och underordning att förtryck av grupper som konstruerats som annorlunda, som människor med erfarenhet av psykisk ohälsa, legitimeras. Det kan utöver öppet förtryck yttra sig i vardagligt subtilt beteende. Uppsatsen analyserar detta vardagliga subtila beteende som synonymt med mikroaggressioner. Enligt Rowe (2008) är mikroaffirmationer ett motmaktmedel mot mikroaggressioner och verkar bland annat genom att kommunicera nya möjligheter, vilket ger uppmuntran och stärker självkänslan. Uppsatsen analyserar därför att berätta om de möjligheter och rättigheter som finns som en mikroaffirmation. I tidigare forskning (Ljungberg m.fl., 2015) beskrivs också kunskap som en resurs som professionella har, och att dela med sig av kunskap som är relevant för den enskilde som en handling som öppnar möjligheter för att kunna agera i sin återhämtning och få ökad makt över sin livssituation.

Sammanfattningsvis upplever informanterna det som befrämjande för deras återhämtning att få information som är relevant för deras återhämtningsprocess och därigenom kunna bli delaktiga i planeringen av den. Att få informationen stärker självkänslan och upplevelsen av att kunna vara aktiv agent i sin återhämtning, vilket är en förutsättning för att kunna återhämta sig.

## 5.6 Att göra tillsammans

Att göra tillsammans är ett tema som framkom i hälften av intervjuerna och som innebär att den professionelle och den enskilde gör saker tillsammans, snarare än att den professionelle ger direktiv som den enskilde ska följa i ensamhet. *Jonas* resonerade på ett sätt som inledningsvis lät som att det handlade om att bli utsatt för maktutövning:

jag behöver lite påstötningar...jag behöver någon som tar mig i handen och drar iväg mig...de har suttit där ”försök gå ut och promenera en gång om dagen”, men det är inte så lätt, utan hade de mera...gått ut med mig en gång om dagen i en vecka så hade jag kanske gått ut själv sedan

*Jonas* fortsatte sitt resonemang och berättade om varför han tar med saker som behöver göras till brukarorganisationen där han är aktiv och personalen som arbetar där:

om man är här så då får man hjälp med energin, liksom ”ja nu ska vi göra det här”. På något sätt så, man är inte ensam om det... man gör saker och ting *tillsammans*, man gör det inte *ensam och övergiven*. Du har inte fått en bunta sånt, tillkastat till dig ”gör detta”

En analys är att *Jonas* talade om den skyddande makten eftersom det handlade om saker som han själv ville göra, men själv saknade strukturen och energin för att få gjort, så därför behövde han hjälp med energin och stöd med att ta makten över sitt liv. En fortsatt analys är att stödet med energin som *Jonas* fått kommer ifrån en fullständig interaktionsritual. Enligt Collins (2004) kan interaktionsritualer bli dränerande på energi både när en deltagare är underordnad och när någon inte är riktigt är delaktig i ritualen, utan befinner sig i utkanterna eller blir utsatt för någon annans ritual. En analys är att *Jonas* upplevde sig som maktlös och inte riktigt upplevde sig som delaktig i sin egen återhämtning när någon annan bestämde vad han skulle göra och sedan lämnade honom ensam med uppgifterna. *Jonas* förefaller även ha gjort en åtskillnad mellan situationer där någon haft makt över honom och gett order och situationer där han gjort saker tillsammans med någon så att de gett energi. Collins (2004) tar också upp att maktasymmetri kan hindra det gemensamma emotionella fokuset och kan minska sannolikheten att den underordnade kommer att få ut energi ur ritualen. *Jonas*

upplevde också handledarna på brukarorganisationen som delaktiga i de gemensamma aktiviteterna snarare än överordnade:

de går inte omkring i vita rockar eller någonting liknande eller så där va. Utan de är som en i gruppen... det är inte alltid man känner dem som handledare, utan man känner dem som arbetskamrater...de är som oss. Okej de har lite mer ansvar och så, men de är mänskliga på något sätt

Att handledarna upplevts som mänskliga kan analyseras som att interaktionsritualerna inneburit bemötande av den typ som Flygare (2008) beskriver som det som skapar en läkande relation. Flygare beskriver att en läkande relation innehåller just att den professionelle blir mer mänsklig och mindre professionell och att interaktionsritualens gränser mot omvärlden innebär att deltagarna blir ett vi och att känslan av samhörighet uppstår. Jonas förmedlade en upplevelse av samhörighet med de han arbetade tillsammans med, både handledarna och andra deltagare. De enskilda interaktionsritualerna i en läkande relation bidrar enligt Flygare (2008) till återhämtningen genom att ge emotionell energi, stolthet och hopp som kan sätta igång handlingar som leder mot återhämtning.

Sammanfattningsvis är ett bemötande ifrån den professionelle som innebär att tillsammans vara aktiva och engagerade i aktiviteter som stödjer den enskildes återhämtningsprocess något som befrämjar den enskildes återhämtningsprocess genom att ge självkänsla och energi till återhämtningsbefrämjande handlingar.

## **5.7 Att mötas som människor och att ge hopp**

Detta tema framkom i majoriteten av intervjuerna och handlar om en vilja att bli bemött som människa och inte som diagnos samt om att ett gott bemötande kan bidra till att väcka hopp.

Två informanterna svarade på frågan om vad som är ett gott återhämtningsbefrämjande bemötande på ett sätt som först gav tanken att de tyckt att frågan var dum och onödig. *BTP* svarade "vanligt normalt sunt förnuft och vettigt uppförande...inget märkvärdigt". *Marie-Louise* svarade

att de börjar med att se en, tittar på en, hälsa ordentligt och så, och självklart lyssna på vad man har och säga, och sen komma med sin professionella del i det hela. Ja det är väl det.

Hon berättade vidare att hennes bästa erfarenhet av bemötande var ifrån när hon var inlagd på ett sjukhus ”dom satt ibland och pratade bara med en så, och det kändes väldigt bra”. En tolkning av citaten är att informanterna velat säga att ett gott bemötande mot dem är samma sak som ett vanligt gott bemötande mot vem som helst. En vidare tolkning är att det handlar om en vilja att bli bemött som vem som helst, eftersom det bekräftar att informanten är en människa som vem som helst. Att bli bemött på ett särskilt sätt på grund av sin erfarenhet av psykisk ohälsa skulle kunna upplevas som att bli sedd som sin diagnos.

Flera andra intervjusvar visar just att informanterna upplevt sjukdomsfokus som ohjälpsamt och att de önskat att bli bemötta som människor. *Sofie* har upplevt att sjukdomsfokus lett till att det inte skett något egentligt möte människor emellan:

att det känns som att den är uppfylld av att "nu pratar jag med en psykiskt sjuk människa"...inte att vi bara är två människor utan det är något annat som pågår där inne...så där utan riktigt att man möts, för den är uppe i något annat i sitt huvud

En tolkning av citatet är att *Sofie* upplevt att den professionelle talat till hennes diagnos snarare än till henne som människa, och att det lett till att hon själv inte upplevt sig delaktig i samtalet.

Betydelsen av att bli bemött som en människa och inte som en diagnos är välbelagd i tidigare forskning. Att informanterna finner det hjälpsamt när professionella är personcentrerade snarare än sjukdomscentrerade är en av slutsatserna som Borg och Kristenssens (2004) drar. I Ljungberg et. al. (2015) beskriver informanterna det som hjälpsamt när den professionelle går utöver rollen som professionell och man kan tala och vara med varandra likt en vän. De upplever att detta bemötande bekräftar att de är mer än patienter och att deras liv består av mer än vårdkontakter, vilket upplevdes som detsamma som att få det bekräftat att de är människor. Även denna uppsatsens informanter har beskrivit en vilja att bli bemött som en människa i första hand.

Uppsatsen har tagit upp att det som person med erfarenhet av psykiatrisk vård kan vara lätt att internalisera sin diagnos som en identitet och att det kan ske genom mikroaggressioner. Med utgångspunkt i detta bör ett bemötande där det är tydligt att den professionelle ser en människa och inte en psykiatrisk diagnos vara befrämjande för att stödja en internalisering av en mer positiv självbild som ökar självkänslan. Mikroaffirmationer riktade till personer med erfarenhet av psykisk ohälsa beskrivs av Topor et. al. (2018) som just kommunikation som går utöver den professionella rollen och får mottagaren att uppleva sig sedd som människa och inte bara diagnos, vilket stärker självkänslan och kommunicerar hopp. Flera informanternas berättelser kopplar också samman att bli bemött som människa och inte diagnos med att få hopp om framtiden. *Jonas* berättade:

arbetspsykologen som jag träffade på arbetsförmedlingens samverkan som jag tyckte var väldigt bra. Hon var väl egentligen den som, jag *tycker* har gett mig mest. Av psykologerna och kuratorerna och de där...Jag funkade bra ihop med henne... det *kändes* mycket, det kändes *bra* när jag pratade och när man gick därifrån kändes det ”det är bra det här” vi kom fram, i och för sig vi pratade, vi pratade ju inte sjukdomen om man säger som så, diagnosen, vi pratade vad kan du, vad för arbete, ja så berättade jag en del saker jag hade gjort, ”ja men så kan du inte tänka dig sånt här och och sånt här och det här inom det området”...Man tittar på något sätt *framåt*, när man är hos de andra tittar man på något sätt bakåt

I citatet framkommer att mötet känts bra som mänskligt möte och att de talat om det friska hos *Jonas* vilket han upplevt som ett fokus på framtida möjligheter. Borg och Kristiansen (2004) menar att förmågan att inge hopp är en viktig faktor i vad som stödjer en återhämtningsprocess och ett resultat i deras studie var att professionella vars primära fokus var symtom och svårigheter förmedlade mindre framtidshopp. Detta stöds av *Jonas* utsaga eftersom fokus på annat än diagnos och svårigheter gett honom hopp. En analys är att ett bemötande som visar att den professionelle ser något annat än sjukdom kan börja öppna tankar om hur ett liv som icke-psykiatrisk patient skulle kunna vara, vilket innebär hopp om framtiden.

Flygare (2008) poängterar likt Borg och Kristensen (2004) hoppets betydelse för återhämtningsprocessen. Han menar att det absolut viktigaste för att stärka den egna energin och förmågan till att agera i sitt eget liv är att förmedla just hopp och tilltro. Hopp kommer enligt



Flygare ur stärkt självkänsla och hoppet är den energi som startar och driver återhämningsprocessen. Hans definition av hopp är att hopp är energin att göra annorlunda.

Sammanfattningsvis önskar informanterna att bli bemötta som en människa av en människa. De upplever ett sjukdomsfokus som hindrande och ett personfokus där de blir sedda som människor med resurser och ett liv utanför sjukvården som hjälpsamt. En förklaring är att bekräfta någon som människa är att motverka att diagnosen blir eller förblir en identitet och att öppna upp för hur ett liv efter tiden med psykiatrisk vård skulle kunna se ut. Detta är ett sätt att förmedla hopp. Hoppet är den kraft som startar och driver återhämningsprocessen.

## 6. Slutsatser och avslutande diskussion

Detta kapitel kommer att sammanfatta uppsatsens resultat samt ge förslag på hur uppsatsens resultat kan användas i framtiden. Uppsatsens syfte var att undersöka hur människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa upplevt att de blivit påverkade av professionellas bemötande och särskilt utforska vad i bemötandet som kan ha haft en befrämjande eller hindrande effekt på deras återhämningsprocess. Återhämtning innebär i uppsatsen som en process där den enskilde återtar makt över sig själv och sitt liv genom att skapa ett meningsfullt liv, en positiv självbild och delaktighet i samhällslivet. Förhoppningen var att kunna bidra med ökad kunskap om hur återhämtning ifrån långvarig psykisk ohälsa kan främjas, eftersom hjälpende bemötande identifierades som ett otillräckligt beforskat område. Forskningsfrågorna som uppsatsen ställde var hur uppsatsens informanternas upplevt att professionellas bemötande påverkat dem på ett sätt som befrämjat deras återhämningsprocess eller hindrat den.

I intervjuerna framkom sju teman som svarar på forskningsfrågorna genom att innehålla olika sätt som ett bemötande kan befrämja eller hindra en återhämningsprocess på. Teman som framkom var först *att kunna bestämma själv* som handlar om att i möten med professionella vara delaktig i planering och beslut, få sin vilja respekterad och slippa tvång och annan förtryckande maktutövning. Nästa tema var *att visa hänsyn till situationen* som handlar om att psykisk ohälsa och en bakgrund med långvarig psykisk ohälsa innebär en extra sårbarhet för dåligt bemötande i form av subtilt vardagligt beteende som kan verka förtryckande. Det finns därför skäl för professionella att vara måna om sitt bemötande. Temat därefter var *att bli sedd*

som handlar om att bli uppmuntrad, bekräftad och vara i centrum för den professionelles uppmärksamhet. Ett följande tema var *att bli lyssnad på* som handlar om att bli trodd, förstådd, tagen på allvar och få adekvat respons ifrån den professionelle på det som kommunicerats. Temat *att få information* handlar om att den professionelle delar med sig av sina resurser i form av kunskap som är betydelsefull för den enskilde. Temat *att göra tillsammans* handlar om att den enskilde och den professionelle tillsammans är aktiva och engagerade i aktiviteter som stödjer den enskildes återhämtningsprocess och det sista temat *att mötas som människor och ge hopp* handlar om en vilja att bli bemött som människa och inte som diagnos, vilket kan ha som konsekvens att det öppnar upp för hur ett annat liv skulle se ut och därför väcker hopp.

Genomgående för samtliga teman är att de kan förstås utifrån hur makt verkar på mikronivå i kontakten mellan professionell och den som tar emot vård/stöd. Den professionelle har vanligtvis mest makt, men makten kan vara en förtryckande makt eller en makt som utgår ifrån den enskildes önskningar, har den enskilde i fokus och ger utrymme för att själv ta makt. Den sistnämnda formen av maktrelation har större möjligheter att främja en återhämtning genom att den kan ge stärkt självkänsla, hopp och initiativkraft till återhämtningsbefrämjande handlingar. Den förtryckande makten kan däremot motverka en återhämtning genom att sänka självkänslan, hoppet och initiativkraften.

De teman som framkommer i denna uppsats analys har likheter med de återhämtningsbefrämjande gemensamma faktorer och även med de hindrande mikroaggressioner som framkommit i den tidigare forskning som uppsatsen presenterar. Den kunskap som uppsatsen tillför tidigare forskning inom forskningsfältet är att bekräfta Topor et. als. (2018) tanke om att den återhämtningsbefrämjande effekter av mikroaffirmationer kan ha att göra med maktasymmetri och social solidaritet. Uppsatsen bidrar även med en förstärkt kunskap om att bemötande spelar roll för den enskildes hälsa. Uppsatsen förstärker även kunskapen om att bemötandet har betydelse för den enskilde även i tillfälliga och kortvariga kontakter med professionella.

Ifall uppsatsens resultat tillförs tidigare forskning i forskningsfältet så blir en konsekvens för praktiken att bemötandet ifrån samtliga professionella som personer med långvarig psykisk ohälsa kommer i kontakt med kan ses som något som har möjlighet att påverka deras återhämtning i positiv eller negativ riktning. Därmed får bemötandet en ökad betydelse för alla

professionella som kommer i kontakt med gruppen, eftersom det utöver att visa respekt, vilket är viktigt nog, även kan ha konsekvenser för den enskildes hälsa. Uppsatsens teman ger även konkreta förslag på vad komponenterna i en metod för ett återhämtningsbefrämjande läkande bemötande skulle kunna vara.

Innan resultatet av den här uppsatsen används i praktiken bör dock en kvantitativ studie med personer som tillhör gruppen människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa och som mottar vård från sjukvården eller stöd från socialtjänsten genomföras. Detta för att få ett forskningsresultat som kan generaliseras till hela gruppen som är tänkt att vara målgrupp för den nya metoden. Den kvantitativa studien kan undersöka vilket bemötande som befrämjar hälsa bäst. Som alternativ i studiens enkätfrågor kan de teman som framkommit i denna uppsats och tidigare kvalitativ forskning användas. Den kvantitativa studien kan också föregås av andra kvalitativa studier bland andra grupper av informanter med långvarig psykisk ohälsa än de som deltagit som informanter i denna uppsats.

Annan vidare forskning som det finns skäl att genomföra är frågan om hur det återhämtningsbefrämjande bemötandet, efter att det blivit kvantitativt kartlagt, på lämpligaste sätt kan användas som en metod och implementeras ute på arbetsplatserna. Troligen finns det hinder eftersom kunskapen om handlingar som är hjälpsamma för personer med långvarig psykisk ohälsas återhämtningsprocess sedan tidigare är kända, samtidigt som det är vanligt att uppleva dåligt bemötande inom vården och troligen även inom andra människovårdande organisationer. En del av implementeringen kan vara att se olika utmaningar som finns för olika yrkesroller. Den som arbetar som exempelvis beslutsfattare har begränsade möjligheter att alltid tro på klienten utan att göra kontroller och begränsade möjligheter att låta klientens vilja avgöra besluten. Den som har begränsat med tid för varje klient har begränsade möjligheter att fysiskt göra saker tillsammans med klienterna. Det kan då ofta vara nödvändigt att ge klienterna direktiv om saker som de ska göra på egen hand. Däremot kan det exempelvis finnas förutsättningar att ge tydlig information och att öka tillgängligheten. Vidare forskning om hur implementering kan ske för olika yrkesgrupper skulle tillföra värdefull kunskap om hur implementering blir mer praktisk möjligt.

En annan aspekt att forska vidare i är hur organisationer kan befrämja eller hindra att deras anställda har ett återhämtningsbefrämjande bemötande. En självklar aspekt är tillräckligt med tid för att göra ett gott arbete. Exempelvis kan att agera enligt den förtryckande makten vara

ett snabbare och effektivare sätt att få arbetsuppgifter gjorda och inte skapa fler, eftersom det tar mindre tid och energi att själv fatta ett beslut än vad det gör att samverka med och lyssna in den enskilde. Att ha skapat ett förtroende till en klient och vara tillgänglig för klienten kan också leda till att den professionelle får veta fler behov än vad som var känt tidigare och därmed får fler arbetsuppgifter. Det finns troligen fler aspekter hos organisationer att utforska som skulle tillföra kunskap som är nödvändig för att implementering ska vara möjlig.

Även utan vidare forskning är en förhoppning att uppsatsens resonemang ska vara till användning för läsarens egen reflektion om hur bemötande kan ha påverkat en själv och hur det kan påverka andra människor.

# Referenser

Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gothelf, D., & Roe, D. (2018). Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 163-168. Doi: 10.1037/prj0000310

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. Doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x

Aubry, T.D., Flynn, R. J., Gerber, G., & Dostaler, T. (2005). Identifying the Competencies of Community Support Providers Working with People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 346-353. Doi: 10.2975/28.2005.346.353

Beresford, P. (2004). Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress. I J. Tew (Red.), *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505. Doi:10.1080/096382304-00006809

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (tredje upplagan). Stockholm: Liber.

Charmaz, K., Irvine, L., & Harris, S. R. (2019). *The Social Self and Everyday Life: Understanding the World Through Symbolic Interactionism*. Oxford: Newark: John Wiley & Sons Incorporated.

Collins, R. (2004). *Interaction ritual chains*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Coyne, I.T. (1997). Sampling in qualitative reseach. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630. Doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x

Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T. H., Rowe, M., & Chinman, M. L. (2001). "Simply to be let in": Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 375-388. Doi: 10.1037/h0095067

Duhigg, Charles. (2013). *The power of the habit: why we do what we do and how to change*. London: Random House UK

Egidius, H. (u. å.). *Relation*. Hämtad 2021-04-14 från <https://www.psykologiguiden.se/-psykologilexikon/?Lookup=relation>

Egidius, H. (u. å.). *Mikroaggression*. Hämtad 21-04-12 från <https://www.psykologiguiden.se/-psykologilexikon/?Lookup=mikroaggression>

Flygare, E. (2008). Läkande relationer som interaktionsritualer – om emotionella band vid återhämtning ifrån svårare psykiska störningar. I Å. Wettergren, B. Starrin, & G. Lindgren (Red.), L. Sjösten (Övers.), *Det sociala livets emotionella grunder*. Malmö: Liber AB.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Fem fokusområden fem år framåt – regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016-2020*. Hämtad 2021-03-10 från [Fem fokusområden fem år framåt - PDF Gratis nedladdning \(docplayer.se\)](#)

Folkhälsomyndigheten. (2021). *Psykisk hälsa och suicidprevention - Folkhälsomyndigheten*. Hämtad 2021-03-10 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/-psykisk-halsa-och-och-suicidprevention/>

Försäkringskassan. (2017). *Tema: Psykisk ohälsa*. Hämtad 2021-03-10 från <https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukdom/intyg-for-sjukpenning/tema-psykisk-ohalsa>

Gonzales, L., Davidoff, K. C., Nadal, K. L., & Yanos, P. T. (2015). Microaggressions experienced by persons with mental illnesses: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 234-241. Doi: 10.1037/prj0000096

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hicks, A. L., Deane, F.P., & Crowe, T.P. (2012). Change in working alliance and recovery in severe mental illness: An exploratory study. *Journal of Mental Health*, 21(2), 127-134. Doi: 10.3109/09638237.2011.621469

Homan, R. (1991). *The ethics of social research*. London: Longman.

Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The Therapeutic Alliance: The Key to Effective Patient Outcome? A Descriptive Review of the Evidence in Community Health Case Management. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-183. Doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01131.x

Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S. D. (1999). *The heart & soul of change: what works in therapy* (1.ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Hydén, Lars-Christer. (2001). Att bemöta och bemötas. I Socialstyrelsens *Utan fast punkt: om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 339-346. Doi: 10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels.

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012). *At skabe en professionell: ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. København: Hans Reitzels.

Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 471-495. Doi: 10.1007/s11126-015-9347-5

McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The Therapeutic Relationship in the Treatment of Severe Mental Illness: A Review of Methods and Findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128. Doi: 10.1177/0020764004040959

Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press

Nygren, L. (2012). Risken finns, finns nyttan? Etikprövningsnämnderna och den kvalitativa forskningen. I H. Kalman & V. Lövgren (Red.), *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet* (s. 23-38). Malmö: Gleerups.

Pilgrim, D. (2008). 'Recovery' and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4(4), 295-304. Doi: 10.1177/1742395308097863

Regeringen. (2018). *Bättre bemötande i sjukvården för personer med psykisk ohälsa*. Hämtad 2021-04-12 från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/06/battre-bemotande-i-sjukvarden-for-personer-med-psykisk-ohalsa/>

Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park: Sage.

Rowe, M. (2008). Micro-affirmations & Micro-inequities. *Journal Of the International Ombudsman Association*, 1(1), 45-48

Russinova, Z., Rogers, E. S., Cook, K. F., Ellison, M. L., & Lyass, A. (2013). Conceptualization and measurement of mental health providers' recovery-promoting competence: The Recovery Promoting Relationships Scale (RPRS). *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 7-14. Doi: 10.1037/h0094741

Scheff, T. (1997). *Emotions, the Social Bond, and Human Reality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Scheff, T., Starrin, B. (2010). Skam och sociala band – om social underordning och utdragna konflikter. I A. Meeuwisse & H. Swärd, *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen. (2020). *Det vi inte ser*. Hämtad 2021-04-21 från <https://www.socialstyrelsen.se/det-vi-inte-ser/>

Sveriges kommuner och regioner. (u.å.). *Vad är psykisk ohälsa?* Hämtad 2021-03-10 från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/omoss/vad-ar-psykisk-halsa-2/>



- Tew, J. (2004). Power Relations, Social Order and Mental Distress. I *Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with mental Distress*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Topor, A., Bøe, T. D., & Larsen, I. B. (2018). Small Things, Micro-Affirmations and Helpful Professionals Everyday Recovery-Oriented Practices According to Persons with Mental Health Problems. *Community Mental Health Journal*, 54(8), 1212-1220. Doi: 10.1007/s10597-018-0245-9
- Traustadóttir, R. (2001). Research with others: Reflections on representation, difference and othering. *Scandinavian Journal of Disability Research* 3(2), 9-28. Doi: 10.1080/1501-7410109510773
- Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 75-87. Doi: 10.5172/conu.19.1-2.75
- UN General Assembly. (1948) *Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad 2021-09-30 från [udhr.pdf \(un.org\)](https://www.un.org/udhr/pdf/un.pdf)
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet. (2019). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- WHO. (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO.
- WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. Hämtad 2021-03-10 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (u.å). *Mental health*. Hämtad 2021-03-10 från [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1)
- Wikman, S., Wester, J., & Wolpher, N. (2017). *Diskriminering i samband med psykisk ohälsa – en kunskapsöversikt*. Nationell samverkan för psykisk hälsa: Stockholm
- Zumstein, N., & Riese, F. (2020). Defining Severe and Persistent Mental Illness-A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 648. Doi: 10.3389/fpsyt.2020.-00648



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Hej!

Vi heter Viveqa Rosengren och Caroline Johansson och studerar till socionomer på Göteborgs Universitet. Vi håller för närvarande på och skriver vår C-uppsats och vi är bägge intresserade av och engagerade i frågor som berör människor med erfarenhet av psykisk ohälsa. Vi är särskilt intresserade av att undersöka hur samhället kan stödja eller förhindra en återhämtningsprocess.

Vi skulle vilja fråga människor mellan 20-65 år med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, som varat i två år eller mer och av en återhämtningsprocess, om vad som fungerat stödjande och vad som fungerat hindrande i det bemötande du fått från de olika instanser i samhället som du har haft kontakt med. Med återhämtning menar vi inte nödvändigtvis att ha blivit helt symtomfri, utan att ha en fungerande och meningsfull vardag trots de funktionsnedsättningar som följer med olika diagnoser. I vår studie söker vi informanter som under det senaste året inte har varit inlagda för slutenvård.

Vår uppsatsidé och vår metod är godkänd av vår handledare Ann-Charlott Timander som även kommer att följa vårt arbete. Hon forskar själv inom området och har du frågor eller tankar kan du kontakta henne eller oss. Information finns längst ner i dokumentet.

Om du väljer att delta kommer vi inte att berätta för någon om ditt deltagande, allt material kommer att förstöras efter studien och resultatet kommer att publiceras avidentifierat. Vi vill att deltagandet ska ske på dina villkor; du väljer själv hur, när och var samt ifall du föredrar att bli intervjuad ansikte mot ansikte, via telefon eller svara på frågor via mail. Om du är intresserad så ger vi dig mer information om vårt uppsatsprojekt, så du kan avgöra om du vill vara med eller inte. I så fall lämnar du ditt samtycke, men kan även efter det välja att avbryta ditt deltagande fram tills dess att uppsatsen är publicerad. Du behöver inte svara mer ingående på våra frågor än vad du vill och är bekväm med. Om du väljer att delta så är vi väldigt tacksamma

över att du väljer att ge oss av din tid, dina erfarenheter och tankar och som tack och uppskattning erhåller du ett presentkort på Åhlens för 150:-.

Viveqa Rosengren, 072-3050882, [gusroviv@student.gu.se](mailto:gusroviv@student.gu.se)

Caroline Johansson, (telefonnummer och mail borttagna av etiska skäl)

Handledare: Universitetslektor Ann-Charlott Timander,

[ann-charlott.timander@socwork.gu.se](mailto:ann-charlott.timander@socwork.gu.se), 031-7863873, 072-2248045

# **ÅTERHÄMTNING HOS MÄNNISKOR MED ERFARENHET AV LÅNGVARIG PSYKISK OHÄLSA**

Du har visat intresse för att delta i vår uppsatsstudie om återhämtning hos människor med erfarenhet av någon form av långvarig psykisk ohälsa. Innan du bestämmer dig för att delta, så vill vi berätta om oss själva, syftet med vår uppsats och vad deltagandet innebär. Vi ber dig därför att ta dig tid att läsa igenom detta informationsblad, och om du har några frågor så är du varmt välkommen att höra av dig till oss eller vår handledare. Våra kontaktuppgifter finns i slutet av detta informationsblad. Vi är tacksamma över relativt snabbt svar, helst inom några dagar, då vi har begränsad tid för uppsatsen.

## **Vilka är vi?**

Vi heter Viveqa Rosengren och Caroline Johansson och studerar på sista året på socionomprogrammet. Vi skriver just nu vår C-uppsats och vi är bägge intresserade av och engagerade i frågor som rör psykisk ohälsa.

## **Vad är syftet med vår uppsats?**

Uppsatsen görs för att förhoppningsvis kunna få en större kunskap om och förståelse kring vad i olika samhällsinstansers (exempelvis försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten, psykiatri etc.) bemötande som kan försvåra och vad som kan underlätta vid en återhämtningsprocess hos människor med erfarenhet av långvarig psykisk ohälsa. Med återhämtning menar vi inte nödvändigtvis att ha blivit helt symtomfri, utan att ha en fungerande och meningsfull vardag trots de funktionsnedsättningar som följer med olika diagnoser. Med återhämtningsprocess avser vi vägen mot en fungerande och meningsfull vardag.

### **Vem önskar vi intervjuar?**

Vi önskar att intervjuar dig som har erfarenhet av psykisk ohälsa som varat 2 år eller längre, som har erfarenhet av en återhämtningsprocess och inte har varit inlagd för slutenvård under det senaste året samt är mellan 20 och 65 år.

### **Måste man delta i denna studie?**

Deltagandet är helt frivilligt. Om du väljer att inte delta så kommer vi inte att kontakta dig igen.

### **Vad händer om jag bestämmer mig för att delta?**

Vi vill att deltagandet ska ske på dina villkor; du väljer själv hur, när och var samt ifall du föredrar att bli intervjuad ansikte mot ansikte, via telefon eller svara på frågor via mail. Om du väljer att bli intervjuad så bestämmer du en plats och tid som är bekväm för dig. Vi har möjlighet att boka ett enskilt rum på universitetet ifall du föredrar det. En intervju kommer att ta ungefär en timma, och vi kommer uppmuntra dig att berätta kring dina erfarenheter av återhämtning och psykisk ohälsa. Du behöver inte svara mer ingående på våra frågor än vad du vill och är bekväm med.

### **Behöver jag fylla i något formulär?**

Innan du deltar i intervjun kommer du behöva fylla i ett samtyckesformulär. Det innebär att du samtycker till att delta i denna studie. Om du blir intervjuad ansikte mot ansikte så ger vi dig formuläret vid intervjutillfället. Om du istället önskar att svara på frågor via telefon eller mail så skickar vi dig samtyckesformuläret per mejl eller post någon tid innan du svarar på våra frågor, och ber dig att skicka det tillbaka till oss.

### **Måste jag delta om jag har skrivit på samtyckesformuläret?**

Det är helt upp till dig huruvida du vill delta eller inte. Du kan därmed besluta dig för att inte delta även efter du har skrivit på samtyckesformuläret och genomfört intervjun. Du behöver

heller inte ge någon förklaring till varför du hoppar av. Men när data väl är publicerad i form av en uppsats så finns det inte längre möjlighet att dra tillbaka sitt samtycke.

### **När kommer intervjun att ske?**

Intervjun kommer att ske vid ett datum och tillfälle som är lämpligt för dig. Vi önskar dock att det sker så snart som möjligt på grund att vi har begränsad tid för att arbeta med uppsatsen.

### **Finns det några risker med att delta i intervjun?**

Eftersom vi kommer att ställa frågor kring återhämtning och psykisk ohälsa, så kan intervjun kanske upplevas som emotionellt jobbig. Du kan avbryta intervjun när som helst, och vi kommer då att ge dig eget utrymme om du vill eller stanna kvar tills du känner dig redo att återuppta samtalet eller gå hem. Vi är inte färdigutbildade än och om vårt medmänskliga stöd inte räcker till så vägleder vi dig till en jourtelefon (Nationella hjälplinjen som är öppen mellan klockan 13 och 22) som har personer som du kan samtala med.

### **Vad kommer att hända med den information jag ger er vid intervjun?**

Med ditt godkännande kommer en eventuell intervju att spelas in, och därefter skrivas ut. Mailsvar kommer att sparas som du skrivit dem. Vi kommer att läsa utskriften av intervjun/mailsvaren och kombinera dina svar med de andra intervjuerna/mailsvaren som har genomförts. I slutet av studien kommer vi att skriva en uppsatstext som kommer att publiceras online i GUPEA. Om du vill så skickar vi dig den färdiga uppsatsen.

### **Kommer mitt deltagande i studien vara anonymt?**

Vi kommer inte berätta för någon att du deltar i vår studie. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Du kommer i uppsatstexten att ha ett alias, som du kan välja själv på samtyckesblanketten. Vi kommer att avidentifiera informationen om dig, för att göra vad vi kan för att förhindra att du blir identifierad via uppgifterna du lämnat.

Efter det att uppsatsen är färdig kommer allt inspelat material, alla utskrivna intervjuer och allt annat material som rör projektet att förstöras.

**Får jag någon ersättning för att jag deltar i intervjun?**

Du erhåller ett presentkort på Åhléns på 150:- som tack och uppskattning för att du deltar i studien.

Ifall du är intresserad av att delta eller har fler frågor angående intervjun eller studien, så får du gärna kontakta oss. Vi som genomför projektet kan bli kontaktade på följande:

Viveqa Rosengren, 072-3050882, [gusrovis@student.gu.se](mailto:gusrovis@student.gu.se)

Caroline Johansson, (telefonnummer och mailadress borttagna av etiska skäl)

Handledare: Universitetslektor Ann-Charlott Timander, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, [ann-charlott.timander@socwork.gu.se](mailto:ann-charlott.timander@socwork.gu.se), 031-7863873, 072-2248045

## INTERVJUGUIDE

1. Vill du fortfarande vara med i denna studie?
2. Vi är väldigt tacksamma att du vill vara med i vår studie.
3. Är det fortfarande ok att vi spelar in intervjun?
4. Har du några frågor, innan vi börjar intervjun?
5. Kan du berätta om lite om dig själv så att vi får en bild av dig som person?
6. Kan du berätta om din erfarenhet av din psykiska kris och ohälsa?

(Ev. följdfrågor: Vad du inlagd på psykiatrisk klinik? I så fall hur länge och hur ofta? Har du någon form av stöd idag? Vilka diagnoser har du fått? Hur ser du på din psykiska kris och ohälsa?)

7. Vilka professionella har du haft kontakt med under din psykiska ohälsa och återhämtningsprocess? I fall så, i vilken omfattning har du haft kontakt med dessa professionella?

8. Kan du berätta om din återhämtning? (Ev. följdfrågor om vilka faktorer som har påverkat, hur man ser/såg på sig själv och blir/blev sedd av andra)

8a. Vad har bidragit till din återhämtningsprocess?

8b. Vad har hindrat din återhämtningsprocess?

9. Om olika professionella har varit involverade i din återhämtningsprocess, på vilket sätt har de varit det?

9a. Har de professionellas bemötande påverkat din återhämtningsprocess?

(Obligatoriska följdfråga. Vad har varit stärkande? Vad har varit hindrande?)

9b. Hur skulle de professionellas bemötande kunna varit bättre?

10. Vill du tillägga något innan vi avslutar intervjun? Finns det något du tycker att vi missat att fråga om?



11. Tack för att vi fick intervju dig!

12. Kan vi återkomma till dig om det är något vi inte förstår eller vill fråga dig om?

13. Vill du läsa den färdiga intervjun? I så fall via mail eller på papper? Vilken mailadress eller fysisk adress ska vi skicka till?

14. Du kan alltid återkomma till oss om du har frågor eller vill poängtera något eller komma med en reflektion. Du har våra mejladresser och mobilnummer. Dela gärna ut våra kontaktuppgifter om du tror att någon skulle vara intresserad av att delta!

15. Skriva ned reflektioner av intervjun